



CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Relatório de Estágio

Um rumo para o desenvolvimento profissional

Relatório apresentado/o ao Instituto de Ciências da Saúde, para obtenção do grau de
Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Sara Patrícia Pinto Leite de Oliveira

Abril de 2015



CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Relatório de Estágio

Um rumo para o desenvolvimento profissional

Relatório apresentado/o ao Instituto de Ciências da Saúde, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Sara Patrícia Pinto Leite de Oliveira

Sob Orientação de: Mestre Patrícia Coelho

Abril de 2015

RESUMO

O presente relatório remete o trabalho realizado no decorrer dos três módulos de estágio inseridos no plano curricular do Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem com Especialização em Médico Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa. O estagio foi desenrolado nos contextos de Unidade de Cuidados Intensivos, Urgência e Assistência Pré Hospitalar por se tratarem de fontes privilegiadas de observação e de aprendizagem relativas ao desenvolvimento de competências na prestação de Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Com recurso a metodologia descritiva/reflexiva, este relatório tem como objetivos demonstrar as capacidades critico-reflexivas adquiridas no desempenho da prática profissional, descrever as atividades desenvolvidas durante os diferentes estágios, documentar a aprendizagem adquirida e servir como instrumento de avaliação. A estrutura do relatório teve em atenção os domínios de competências comuns do Enfermeiro Especialista, onde foram traçados objetivos específicos e consideradas atividades para a sua concretização. As atividades desenvolvidas em estágio foram de encontro com as oportunidades encontradas e consideradas como pertinentes, possibilitando o desenvolvimento individual e o contributo para o desenvolvimento da enfermagem enquanto profissão autónoma alicerçada sobre a prática baseada no conhecimento científico. O balanço do estágio é extremamente positivo rumo à conquista de novos saberes, do aperfeiçoamento das competências individuais e do aumento da segurança e da eficácia da tomada de decisão nos cuidados prestados. Considerou-se a pertinência de realização de trabalhos individualizados sobre os temas Controlo e Prevenção da Dor, Síndrome de *Burnout* nos Profissionais do Serviço de Urgência, Delirium nas Unidades de Cuidados Intensivos, Prevenção e Controlo de Infecção, Acolhimento à família do Doente Internado e um Estudo de Caso para enriquecimento deste relatório.

ABSTRAT

The present document translates the work developed throughout the three placement modules in the Post Graduation Speaciality in Medial Surgical Nursing at Institute of Health Sciences - Universidade Católica Portuguesa, Porto. The internship took place in the context of Intensive Care Unit, Accident and Emergency department and Pre – Hospital care for being priveliged settings for observation and learning opportunities to acquire competencies in the cares of Nursing of the critical adult. The reflexive and descriptive methdology was utilised with the aim of developing the professional practice, describe the diferente activities in the different placements, document the learning acquired and serve as an evaluation tool. The structure of this document had in attention the domains of common competencies of the Specialist Nurse by “Ordem dos Enfermeiros”, where the specific aims were acknowledged and the activities for their achievement. The developed activities made it possible for the individual development and contribute to the development of nursing as autonomous profession based on evidence based practice. The outcomes obtained in the internship were positive, leading to the acquirment of knowledge, de improvement of the individual competencies and the increase of the safety and efficiency of the clinical decision in the undertaken cares. The following themes were considered relevant for individual reflection: “Pain management and control”, “Burnout syndrome on the Accident and Emergency professionals”, “Delirium in the Intensive Care Unit” for the enhancmenet of this document.

Aos meus pais, à minha avó, ao André e à Sofia, pelo apoio incondicional que me amparou durante todos os momentos desta etapa do meu desenvolvimento pessoal e profissional.

À minha equipa, por toda a força e compreensão. Tenho em cada um de vocês o meu exemplo.

Aos meus tutores por toda a dedicação e empenho com que me ensinaram.

À Professora Patrícia, por me inspirar a ser melhor enfermeira todos os dias.

O meu muito obrigada.

LISTA DE SIGLAS

AVC - Acidente Vascular Cerebral

CEC – Circulação Extra Corporal

CVC – Cateter Venoso Central

CHSJ – Centro Hospitalar São João

ECTS - European Credit Transfer System

EE – Enfermeiro Especialista

EEEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica

EET - Entubação endotraqueal

EMC – Enfermagem Médico-cirúrgica

ENF - Enfermeiro

ER – Enfermeiro Responsável

ET – Enfermeiro Tutor

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

MEEMC – Mestrado com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

mmHg – Milímetros de mercúrio

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial de Saúde

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

RIH - Reanimação Intra Hospitalar

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

SE – Sala de Emergência

SIV – Suporte Imediato de Vida

SU – Serviço de Urgência

TM – Triagem de Manchester

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UCICT – Unidade de Cuidados Intensivos da Cardiotorácica

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VV– Via Verde

VVAVC – Via Verde de Acidente Vascular Cerebral

INDICE

1. Introdução.....	11
2. Domínios de Competências Desenvolvidas.....	15
2.1 Responsabilidade profissional, ética e legal	17
2.2 Melhoria contínua da qualidade.....	37
2.3 Gestão dos cuidados.....	61
2.4 Desenvolvimento das aprendizagens profissionais	69
3. Conclusão.....	81
4. Referencias Bibliográficas.....	85
5. Anexos.....	97

Anexo I <i>Caraterização do Local de Estágio do Módulo I (Serviço de Urgência do Centro Hospitalar São João)</i>	99
---	----

Anexo II <i>Caraterização do Local de Estágio do Módulo II (Unidade de Cuidados Intensivos da Cirurgia Cardiorácica do Centro Hospitalar SãoJoão)</i>	107
--	-----

Anexo III <i>Caraterização do Local de Estágio do Módulo III (Instituto Nacional de Emergência Médica)</i>	111
---	-----

Anexo IV <i>Guia de Acolhimento à Família do Doente Internado na Unidade de Cuidados Intensivos da Cirurgia Cardiorácica</i>	123
---	-----

Anexo V <i>Artigo de Revisão Integrativa: Delirium na Unidade de Cuidados Intensivos</i>	127
---	-----

Anexo VI <i>Trabalho escrito: A Dor Pré Hospitalar-Analise Sistematizada e Ética</i>	141
---	-----

Anexo VII <i>Projecto de Intervenção: Prevenção e Controlo de Infecção nos meios INEM</i>	181
Anexo VIII <i>Artigo de Revisão Integrativa: Stress e Burnout nos Profissionais do Serviço de Urgência</i>	233
Anexo IX <i>Estudo de Caso: Um instrumento para a aquisição de competências na Unidade de Cuidados Intensivos da Cirurgia Cardiotorácica</i>	249

1. INTRODUÇÃO

A Enfermagem enquanto disciplina tem a necessidade premente de compreender as respostas humanas, fundamentando os seus diagnósticos na realidade contextual, de modo a planear melhores cuidados, tendo como pilar a investigação científica.

Os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC) enquanto profissionais reflexivos, capazes de mobilizar a informação científica, técnica, e relacional baseada na prática, têm uma responsabilidade acrescida, no desenvolvimento de competências de diagnóstico e de intervenção na pessoa em situação crítica.

A etapa de estágio integrada no Mestrado com Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica (MEEMC) revela-se de extrema riqueza, uma vez que a aprendizagem experiencial em ambientes de alto risco requer o desenvolvimento de um sentido de estrutura moral e de responsabilidade (BENNER, 2001), sendo estas uma das características exigidas ao EEEMC.

Num curso de carácter profissional, a realização de estágios reveste-se de um carácter fundamental, na medida em que permite ao formando a aplicação prática e a integração dos conhecimentos académicos e empíricos, adquiridos ao longo da sua prática profissional através da realização de um ensino tutelado, sistematizado e planeado. Neste sentido, o estágio promove a consciencialização progressiva dos distintos papéis que o enfermeiro é chamado a desenvolver e das competências pretendidas para o seu desempenho (MATOS, 1997) através da riqueza transmitida pela aprendizagem experiencial em termos de desenvolvimento moral e de responsabilidade.

Neste sentido, considerando a complexidade intrínseca aos domínios da Enfermagem Médico Cirúrgica (EMC), o Estágio realizado no âmbito do MEEMC do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa divide-se em três áreas distintas de atuação: Serviços de Urgência (SU), Cuidados Intensivos/Intermédios e uma terceira área Opcional, cada um dos quais com 10 *European Credit Transfer System* (ECTS), num total de 30 ECTS.

A estruturação em três módulos permitiu, em diferentes locais, proporcionar momentos de reflexão clínica das necessidades e problemas do doente/família em diferentes contextos de prestação de cuidados. No Módulo I desenvolvi a prática no Serviço de Urgência Adultos Geral do Centro Hospitalar São João (CHSJ), EPE, no período de 10 de Novembro de 2014 a 15 de Janeiro de 2015. No Módulo II o estágio realizou-se na Unidade de Cuidados Intensivos da Cirurgia Cardioracica (UCICT) do Centro Hospitalar São João, EPE, no período de 15 de Setembro a 08 de Novembro de 2014. No que respeita ao Módulo III a opção recaiu na Assistência Pré Hospitalar e este decorreu no período compreendido entre 28 de Abril a 28 de Junho de 2014 e teve lugar no Instituto Nacional de Emergência médica Delegação Norte (INEM).

Cada módulo de estágio decorreu sob tutoria de um EEEMC em cada serviço, definido pelos chefes dos respetivos serviços e teve orientação da Mestre Patrícia Coelho, sendo a responsável pela minha orientação durante o meu percurso académico neste MEEMC.

A escolha dos locais para a realização do estágio nos diferentes módulos, foi considerada consoante os objetivos individuais para esta etapa de aprendizagem. Paralelamente, no sentido de desenvolver o meu conhecimento sobre normas e protocolos da instituição onde trabalho, assegurando o evoluir das minhas competências no decorrer da minha prática profissional no serviço onde desempenho funções, para além de rentabilizar de tempo e recursos necessários para o desenvolvimento do MEEMC considerei pertinente selecionar o CHSJ para a realização das valências modulares obrigatórias.

No que respeita à escolha particular dos serviços nos quais desenvolvi competências optei por escolher o Serviço de Urgência Geral Adultos do CHSJ para realizar o módulo I, visto que este se refere a uma urgência polivalente constituindo o nível mais diferenciado de resposta ao doente em situação de urgência/emergência. Paralelamente, constitui um pólo das várias Vias Verdes (VV) – Coronária, Acidente Vascular Cerebral (AVC), Sepsis e Trauma, e ainda possui capacidade de atendimento específico a doentes Queimados e a doentes com necessidade de Oxigenação por Membrana Extra-corporal, o que previsivelmente me permitiu realizar os meus objetivos pessoais para este estágio. A caracterização deste local de estágio encontra-se descrita no anexo I deste relatório.

Já a escolha do serviço onde realizei o Módulo II recaiu sobre a UCICT no CHSJ pela especificidade que esta comporta prevendo o desenvolvimento de competências assistenciais úteis ao meu contexto de trabalho. Uma vez que a minha experiência profissional atual se remete a uma Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP), considero que a realização do meu estágio neste local se prevê como enriquecedora para o meu desempenho profissional permitindo-me contactar com as mais aprimoradas técnicas de diagnóstico e tratamento centradas em pessoas que atravessam situações de doença grave do foro cardíaco e pulmonar. A caracterização deste local de estágio está remetida para anexo II deste relatório.

A escolha do INEM para realização do módulo opcional foi considerada por me possibilitar um conhecimento transversal do percurso do doente institucionalizado, com necessidades de cuidados de enfermagem especializados em EMC, desde a intervenção pré-hospitalar até à admissão no SU e posterior internamento na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). A descrição sobre a estrutura e organização do INEM está no anexo III deste relatório.

Ao elaborar este relatório pretendo descrever, de uma forma sistemática e organizada, as atividades desenvolvidas durante todo o período de estágio,

efetuando, simultaneamente, uma avaliação do meu desempenho nos diversos serviços por onde passei.

A realização deste documento dá resposta a uma necessidade curricular e tem como principais objetivos: (i) dar visibilidade às atividades desenvolvidas e competências adquiridas em cada módulo de estágio; (ii) enumerar as dificuldades e as estratégias encontradas para a resolução de situações problema detetadas em cada módulo; (iii) desenvolver uma prática reflexiva sobre o exercício profissional e atitudes tomadas como futura EEEMC; e (iv) servir como instrumento de avaliação.

A metodologia selecionada é a descritiva e reflexiva. Tendo por base pesquisa bibliográfica, mobilização de conceitos adquiridos na componente teórica do MEEMC e considerando a vivência pessoal, profissional e académica.

A estrutura do relatório teve em atenção os domínios de competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) segundo o regulamento 124/2011 dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica da Ordem dos Enfermeiros (OE). Assim, no desenvolvimento deste relatório reflito sobre os quatro domínios de competências, onde destaco sublinhando os objetivos traçados, exponho textualmente as atividades desenvolvidas para a sua concretização e enalteço sumariamente as competências atingidas no final de cada capítulo. No fim, é efetuada uma conclusão, encontrando-se em anexo os trabalhos que tive oportunidade de realizar como contributo para cada módulo de estágio.

Para facilitar a leitura e enquadramento dos três locais de estágio destaco a negrito os módulos de estágio correspondentes às atividades descritas.

2. DOMÍNIOS DE COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

O Colégio de Especialidade de Enfermagem Médico Cirúrgica da OE no âmbito das suas competências estatutárias, definiu através do Regulamento 124/2011 os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica que configura uma melhoria dos cuidados especializados prestados aos cidadãos bem como pressupõe uma reflexão sobre o exercício profissional dos Enfermeiros Especialistas (EE).

Os domínios das competências comuns ao enfermeiro especialista definidos pelo Sistema de Individualização e Reconhecimento das Especialidades Clínicas em Enfermagem (OE, 2009) dizem-nos que todos os especialistas possuem, independentemente da sua área de especialização, competências demonstradas pela sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado.

Baseando-me nesta afirmação, no decorrer deste capítulo procuro indicar quais os objetivos específicos propostos para cada domínio, quais as atividades e estratégias encontradas para a resolução de problemas detetados no decorrer do estágio e quais as competências específicas adquiridas como futura EEEMC.

Considero que poderei, assim, avaliar também o próprio desempenho e evolução durante este período, visando um aperfeiçoamento crescente na prestação de cuidados e o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEEMC.

2.1 Responsabilidade profissional, ética e legal

A enfermagem compreende uma componente própria de conhecimentos científicos e técnicos, construídos e reproduzidos por um conjunto de práticas sociais, éticas e políticas que pautam o comportamento do enfermeiro.

O aprimoramento do comportamento ético do enfermeiro passa pelo processo de construção de uma consciência individual e coletiva, pelo compromisso social e profissional configurado pela responsabilidade intrínseca à profissão de enfermagem.

Durante a construção do meu percurso em enfermagem fui interiorizando os princípios éticos e deontológicos inerentes à profissão, nomeadamente o primado do Ser Humano, procurando que todos os meus cuidados respeitem os princípios básicos, nomeadamente os princípios da autonomia, justiça e beneficência, reconhecendo assim o respeito pela dignidade da vida humana.

No contexto particular dos cuidados prestados ao doente crítico, os dilemas éticos encontram-se no dia-a-dia da sua prática. A rapidez necessária à tomada de decisão impede, por vezes, que os profissionais tomem consciência dos desejos, valores e sentimentos dos doentes, optando um conjunto de normas e valores que vão de encontro com a deontologia, a ética e a moral individual de cada um enquanto ser pensante envolto em experiências sociais e culturais.

Neste sentido, considerando desenvolvimento de uma prática responsável, assertiva e humanizada, cumprindo com a “obrigação de ajudar os outros a promover os seus importantes e legítimos interesses” (BEAUCHAMP & CHILDRESS, 1999 pág.246) para este domínio tracei os objetivos específicos passíveis de realizar no decorrer do estágio, os quais relato no decurso deste capítulo.

Objetivo: Desenvolver uma prática profissional e ética no campo de intervenção.

No cuidar do doente crítico, as situações remetidas à dignidade humana e à humanização estão em grande parte das vezes envoltas em situações de grande stress geradas por fatores intrínsecos ao contexto da sua prática.

No **SU**, fatores como a escassez de recursos físicos e humanos, problemas de sobrelotação, pressão para um menor tempo para o atendimento, existência de famílias destruturadas com laços relacionais difíceis e a crescente influencia dos media nas expectativas de saúde da população em geral, são traduzidos em momentos de grande conflito de valores legítimos e normas relativos à tomada de decisão dos profissionais de saúde, comprometendo a salvaguarda dos direitos dos doentes.

Ciente das dificuldades intrínsecas ao processo de tomada de decisão centrada no doente crítico, no decorrer do estágio **no SU** procurei desenvolver um conjunto de habilidades que me permitiram respeitar a autonomia dos doentes e alicerçar os meus cuidados nos princípios da beneficência, não maleficência e da justiça, tendo em atenção as crenças e valores de cada pessoa.

Para tal, acompanhei os doentes em todo o seu percurso desde a sua alocação em cada área específica até à sua alta ou internamento, com vista ao estabelecimento de uma relação terapêutica de confiança. Tal fato, permitiu-me estabelecer uma comunicação assertiva de forma a conhecer os sentimentos, as expectativas e os valores morais e religiosos de cada pessoa. Esta atitude tornou possível o planeamento e implementação de cuidados personalizados e seguros alicerçados na ética e na deontologia profissional.

Paralelamente, procurei envolver-me no processo de tomada de decisão com a equipa de forma a promover a dignidade do doente. Nos doentes conscientes tive sempre o cuidado de os incentivar a serem autónomos, informando-os adequadamente e solicitando o seu consentimento para todas as intervenções permitindo-lhes participar nas tomadas de decisão, demonstrando o respeito pelo seu direito à autonomia.

O Princípio da Autonomia em saúde refere-se à obrigatoriedade dos profissionais de saúde em “assumir o direito do doente a ter opiniões próprias, a eleger e a realizar ações baseadas tanto nos seus valores como nas suas crenças pessoais.” (BEAUCHAMP & CHILDRESS, 1999, pág. 117), sem qualquer espécie de coação. A pessoa deve ser capaz de compreender as ações terapêuticas que lhe são destinadas para poder decidir em liberdade.

Em contexto da prática este princípio encontra-se, essencialmente, na base da necessidade de um consentimento informado para a prestação de cuidados de saúde.

Mesmo em contexto de prestação de cuidados no **SU**, o respeito à autodeterminação passa igualmente pela obtenção do consentimento informado sobre a forma expressa, isto é, consentimento informado é prestado ativamente (não tacitamente), na forma oral, no quadro de uma aliança terapêutica entre o profissional de saúde e o doente. Em todo o caso, o consentimento é livremente revogável a qualquer momento. Este só pode deixar de ser substituído pelo consentimento presumido nos casos em que as pessoas não podem dar o seu consentimento, de modo a legislar as intervenções da equipa de saúde. O consentimento presumido aplica-se quando não estão reunidas as condições mínimas para a obtenção de consentimento expresso e não existem dados objetivos e seguros que permitam inferir que o doente se oporia a uma determinada intervenção.

Nos casos de Via Verde de Acidente Vascular Cerebral (VVAVC) que tive oportunidade de acompanhar na sala de emergência (SE) do **SU**, os défices neurológicos dos doentes e a sua alta probabilidade de reversão levaram a determinar a trombólise como tratamento de eleição. Este tratamento tem subjacente um alto risco de hemorragia intracraniana, podendo lesar severamente a qualidade de vida do doente., motivo pelo qual, este tema foi objeto de partilhas informais com a equipa devido à sua complexidade.

No entanto, na prática observada, assumiu-se sempre o consentimento presumido, mesmo em situações em que o doente se cognitivamente capaz de decidir. Saliento a minha afirmação, uma vez que em nenhum dos casos que tive oportunidade de acompanhar apresentava diminuição da compreensão por entre os défices notórios em termos de fala e de mobilidade. Paralelamente, também foi possível constatar que em nenhum dos casos se encontrava descrito que a realização de trombólise fora consentida expressamente pelo doente.

Tal fato, levou-me a refletir sobre esta problemática, usando como estratégia de resolução do problema a discussão informal com a equipa de enfermagem na tentativa de envolver os profissionais na validação do consentimento.

Após a reflexão com o Enfermeiro Tutor (ET) e com a equipa foi possível concluir que esta é uma problemática vigente na realidade da prestação de cuidados no **SU**, sendo por isso merecedora de todo o foco de preocupação dos profissionais no estabelecimento de soluções. Em conjunto, consideramos que a promoção e dinamização do papel do enfermeiro da SE na validação do consentimento informado passaria pelo aumento do envolvimento destes, em conjunto com o médico, na discussão com o doente (caso se encontre capaz de a estabelecer), familiares ou responsáveis sobre os riscos / benefícios do tratamento, e pelo registo posterior, no processo do doente sobre o seu grau de entendimento sobre o tratamento que lhe fora proposto.

Reconhecendo a real dimensão deste problema na abordagem aos doentes com VVAVC admitidos na SE, o ET considerou a implementação de estratégias futuras de atuação sobre este problema. Estas passam pela proposta deste tema no plano de formação dos enfermeiros para o ano de 2015, perspetivando a compreensão dos elementos éticos e legais associados ao consentimento informado, para que este seja aplicado de forma correta aos contextos particulares da prática profissional de cada profissional.

As competências comunicacionais que alicerçam a profissão de enfermagem, atribuem ao enfermeiro a responsabilidade implícita pela transmissão de informação. Assim, consciente das situações problemas encontradas relativamente ao cumprimento do direito à autonomia do doente, procurei no desempenho da minha prática no serviço de urgência concluir qual o grau de entendimento dos doentes que cuidei sobre a real dimensão dos seus problemas, para que assim pudesse fornecer informação adaptada ao seu quadro psicológico ou às alterações possíveis de ocorrer naquele determinado momento.

No entanto, perante as características dos doentes assistidos no **SU**, foi-me possível constatar que estes nem sempre possuem conhecimentos capazes de os fazer tomar decisões, denotam-se a sua falta de compreensão pela informação fornecida. Neste sentido, durante o estágio procurei estabelecer uma comunicação clara, utilizando linguagem adaptada a cada pessoa, demonstrando-me sempre disponível a esclarecer todas as suas dúvidas e dei todo o tempo necessário para a interiorização da informação transmitida, verificando a compreensão e validação da mesma. Paralelamente, sempre que me foi solicitado, procurei envolver a família no processo de tomada de decisão, transmitindo toda a informação que o doente me autorizava previamente a revelar. Esta atitude, refletiu o esforço pela obtenção do consentimento livre e esclarecido, em todas as situações de prestação de cuidados.

A enfermagem pela sua própria natureza e circunstâncias, está sujeita a uma forma mais rigorosa de conduta, na medida em que se centra na pessoa e para a pessoa, tendo como ponto fulcral da sua ciência e arte, o cuidar da vida humana, num cuidado que se exige com qualidade e dignidade. Nos dias que correm, face aos notáveis progressos verificados no campo da saúde e com o avanço científico inerente às diversas profissões, é imperativo que o EEEMC promova o direito da confidencialidade e segredo profissional no seio da enfermagem.

O sigilo enquanto base da relação terapêutica desenvolvida pelo enfermeiro com o utente e sua família, obriga ao dever de segredo profissional, de acordo com a lei e o Código Deontológico (Artigo 85.º - Do dever de sigilo) que rege a profissão de enfermagem. Consequentemente, o sigilo profissional assume-se como uma temática que se cruza obrigatoriamente com a segurança da informação, sendo por isso um pilar para a excelência e segurança dos cuidados. Pilar este que sempre pautei e tive em destaque durante todas as intervenções desenvolvidas no estágio.

A comunicação no **SU** é por vezes afetada pelo número excessivo de doentes e de profissionais de saúde em instalações pequenas face às necessidades. Paralelamente, como é sabido, a crescente sobrelotação do **SU** leva à alocação de doentes em áreas não planeadas como em salas de tratamentos e salas de espera, levando à disposição das macas e cadeira de rodas sem distância de passagem entre elas.

Simultaneamente, o problema de sobrelotação do **SU** é ainda agravado pela inexistência de condições físicas para o acolhimentos dos familiares/ pessoas de referência que à luz do Decreto de Lei nº33/09 de 14 de ficam providas do direito de acompanhamento do seu familiar doente.

Tais fatos, levantaram sérias questões quanto à salvaguarda da privacidade de informação e da intimidade dos doentes internados que me levaram a reunir

esforços rumo à aquisição de estratégias capazes de cumprir com o dever de informar, enquanto direito do doente, e os princípios da autonomia, da dignidade e privacidade, através da minha conduta e atuação e momentos de partilha com o ET e restantes elementos da equipa.

Durante o estágio no **SU**, procurei sempre englobar a família no plano de cuidados do doente reconhecendo o seu papel fundamental enquanto fonte de informação do estado de saúde do mesmo. Devo salientar, a importância por mim constatada da presença dos familiares para complementar a história clínica no momento da Triagem, levando-me a dirigir-me sempre ao acompanhante no sentido de perceber o episódio que motivou a vinda do doente ao **SU**.

De entre os casos experienciados, enalteço o de um Sr. de 69 anos, que se deslocou ao SU acompanhado pela esposa e com referenciação do médico de família. Quando questionado este apresentava como queixa cefaleias, hipertensão e mal-estar geral desde há 24h. No entanto, aquando a leitura da carta de referenciação do médico de família constatamos a presença de um episódio de alteração do estado de consciência durante o período de sono que fora presenciado pela esposa. Quando confrontado com esta informação, o utente manteve-se em silêncio, sendo a esposa a responsável por relatar o episódio e descrever as alterações subsequentes deste episódio. Posteriormente, questioneei a esposa sobre uma eventual alteração da fáceis do senhor., sendo que esta referiu que a hemiface esquerda se encontrava ligeiramente diferente do que é habitual. Tal fato foi preponderante para atribuição de uma prioridade laranja a esta situação clínica.

Na **UCI**, o estado clínico dos doentes impossibilita-os por vezes, de participar na decisão do que é melhor para si, cabendo à equipa multidisciplinar de saúde decidir o que é melhor para o doente, condicionados pela sua própria individualidade, o que levanta dilemas éticos pois tanto os doentes como os profissionais são pessoas com valores, crenças e direitos pessoais.

A importância da família revê-se na necessidade de conhecer o doente fora do contexto hospitalar, na tentativa dos profissionais verem esclarecidos quais os seus desejos, os seus valores e as suas expectativas em relação à sua saúde.

Neste sentido, durante o estágio na **UCICT** procurei sempre perceber qual o grau de parentesco / relevância da pessoa que acompanhei no momento da visita, questionando diretamente o doente, nos casos que estes se encontravam capazes de responder. Depois de esclarecida, no caso dos doentes conscientes e orientados, primei por envolver o doente no diálogo estabelecido com os familiares. Esta atitude permitiu-me perceber igualmente o conhecimento do doente em relação ao seu estado de saúde ao mesmo tempo que me possibilitou constatar qual a informação que o doente queria que fosse transmitida. No entanto, nos casos em que os doentes não se encontram conscientes, procurei conhecer a dinâmica familiar do doente, enaltecendo a importância da eleição de um familiar de referência responsável pela transmissão de informação a todo o núcleo de pessoas significativas para o doente. Após me ter sido dada essa informação, anotei-a no cabeçalho da folha de vigilância intensiva, de modo a facilitar a continuidade da transmissão de informação.

No que respeita à divulgação da informação, tive em atenção partilhar somente informação de enfermagem pertinente, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como a proteção dos direitos do doente. Devo ainda salientar, que sempre que me foram pedidas informações sobre a cirurgia que o doente fora submetido, sobre a terapêutica instituída ou sobre o resultado dos exames complementares de diagnóstico realizados, remeti essa informação para o médico assistente ou de permanência.

A problemática da salvaguarda da privacidade e confidencialidade e proteção da intimidade e da vida privada do doente internado encontra-se vigente também na organização dos serviços hospitalares e nas práticas neles enraizadas, como é o caso da passagem de turno de enfermagem.

No estágio na **UCICT** tive oportunidade de refletir sobre a problemática do sigilo de informação aquando a minha tomada de considerações sobre a passagem de turno lá praticada. Segundo a ORDEM DO ENFERMEIROS (2001, pág.1), a passagem de turno apresenta-se como um momento de partilha de informação relativa ao doente que permita a continuidade de cuidados e que possibilite a discussão dos enfermeiros em prol do estabelecimento de estratégias capazes de promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados por eles prestados enquanto equipa.

Na **UCICT** a passagem de turno é efetuada em dois tempos distintos: num primeiro tempo, o enfermeiro apresenta sumariamente cada doente a si atribuído para toda a equipa de enfermagem, onde refere os aspetos gerais do doente; num segundo tempo o enfermeiro responsável por cada doente relata unicamente para o colega que o vai substituir o estado do doente no turno com base na folha de registos. Ambos os momentos descritos são feitos no centro da unidade e embora dirigida para toda a equipa de enfermagem estão ao alcance da escuta dos doentes que se encontram acordados. Saliento que a maioria dos doentes internados na **UCICT** está consciente. A sua extubação é feita 6h após cirurgia, que faz com que existam na maioria das vezes um maior número de doentes acordados face aos doentes sedados.

Deste modo, a passagem de turno na unidade do doente levanta algumas questões relacionadas com a confidencialidade e privacidade da informação, as quais foram alvo da minha discussão informal com a equipa de enfermagem.

Assim, pude perceber que os enfermeiros da **UCICT** apontam como vantagem para este tipo de passagem de turno a facilidade com que interiorizam a informação que lhes é transmitida, na medida em que através da observação direta do doente conseguem identificar de imediato tudo o que lhes é dito naquele momento. Paralelamente, consideram uma estratégia eficaz beneficiando os doentes acordados, uma vez que estes identificam o enfermeiro que lhe vai prestar cuidados no turno seguinte, e ficam a par do real estado da sua saúde.

Apesar das vantagens inúmeradas, através da minha reflexão posso considerar que com este tipo de passagem de turno a confidencialidade fica comprometida pela proximidade dos doentes e o fato de ser inter-profissionais, a linguagem utilizada natureza técnico-científica, podendo influenciar o grau de entendimento do doente em relação à sua saúde. Neste sentido, considero que a passagem de turno junto dos doente em contexto de **UCI** se assume como ameaçadora ao dever de salvaguarda de informação dos profissionais, e ao respeito pela privacidade dos doentes, devendo ser alvo da reformulação sua prática no seio da equipa de enfermagem.

Como estratégia capaz de contornar este problema, sempre que tinha alguma dúvida relativa ao estado geral do doente que me fora apresentado, procurei questionar o ET em local mais reservado, com recurso a um tom de voz baixo, sem o uso de expressões faciais ou gestuais capazes de denunciar os focos da minha preocupação. O mesmo princípio foi usado em todo o meu estágio sempre que me deparei com novas situações merecedoras de esclarecimento por parte dos ET.

Considerando a pertinência deste tema como alvo da minha reflexão, prevejo enquanto futura EEEMC o desenvolvimento das minhas considerações perspetivando ganhos significativos para o serviço onde trabalho. Para a **UCICT**, em particular, considero que o esforço rumo a mudança desta prática seria benéfico para todos os intervenientes. No entanto, a estrutura física do serviço,

enquanto unidade aberta, mesmo quando adotadas todas as medidas adequadas, como tom de voz baixo, torna necessário não só a mudança de atitude dos enfermeiros, mas um esforço das organizações de saúde para permitir o cumprimento do direito à privacidade dos doentes.

O uso de biombos e o fecho de cortinas laterais (quando existentes) visam proporcionar ambiente reservado. A exposição mínima do doente, evitando que os outros doentes se apercebam dos focos de preocupação da equipa aquando os momentos de partilha de informação são estratégias capazes, não só de promover a privacidade mas também o respeito pela sua intimidade.

Também a este respeito, na **UCICT** pude verificar que existia uma notória diferenciação pela preservação da privacidade dos doentes conscientes e inconscientes. Nos casos de doentes acordados, em especial nos mais jovens, foi possível constatar o esforço dos enfermeiros em mante-los protegidos, evitando a sua exposição corporal para além do necessário. Por outro lado, nos doentes inconscientes, denotou-se a sua exposição íntima durante procedimentos como o banho ou a cateterização vesical.

Similarmente, foi possível observar que quando os doentes se encontravam febris, eram despidos, ficando protegidos apenas por uma fronha colocada sobre o tórax mesmo aquando a visita dos familiares. Tal fato, levou-me a questionar o porque dessa pratica quando existiam batas disponíveis capazes de diminuir a exposição física do doente e de reduzir o impacto visual da família. Foi-me referido que esta prática tem como objetivo facilitar a vigilância e permitir mais facilmente a manipulação do corpo, principalmente em situações de emergência.

Considerando o respeito pela privacidade e intimidade e prevenir sentimentos de insegurança e desconforto quer nos doentes, quer nos familiares, procurei, por isso, refletir sobre ela com os profissionais do serviço e apesar de não ter sido abolida, notei que houve sensibilização dos enfermeiros com os quais discuti

informalmente no sentido de descobrir o doente apenas o necessário ou cobrindo partes que não precisam ficar expostas com lençóis no momento das visitas.

A noção do respeito pela intimidade e privacidade dos doentes esteve igualmente presente no estágio do **SU**. No decorrer da minha intervenção na sala de emergência, fez sempre parte da minha prioridade individualizar a unidade dos doentes através do fecho das cortinas de modo a promover a sua privacidade. Paralelamente, procurei sempre prevenir a despersonalização e sentimentos de invasão aquando o momento de remoção da roupa do corpo. Saliento a minha especial preocupação pelos idosos conscientes, que conforme sabemos que possuem pudor e valores religiosos e sociais muito próprios os quais se acrescenta a ansiedade de serem cuidados por alguém do sexo oposto. Neste sentido, antes de remover a roupa dos doentes por mim admitidos na SE primei por me identificar e explicar a necessidade de exposição corporal para a avaliação física e para a implementação de procedimentos necessários ao tratamento, monitorização e exames complementares diagnóstico, como cateterização vesical, colocação de talas e trações cutâneas e eletrocardiograma e ecocardiograma. A minha atitude procedeu-se sempre de empatia, aceitação, compromisso, consciência e competência para o cuidar com dignidade.

Objetivo: Desenvolver autonomia no processo de tomada de decisão em enfermagem nas situações de reanimação.

O dilema atribuído à decisão de não reanimar esteve presente aquando a realização do meu estágio no **INEM**, levando-me a refletir de forma consciente sobre a autonomia do enfermeiro na tomada de decisão, e no papel do EEEMC para a diminuição deste problema.

No caso particular dos cuidados pré-hospitalares, é sabido que uma Paragem Cárdio Respiratória (PCR) ocorrida em contexto extra-hospitalar, é habitualmente inesperada. A decisão de iniciar, continuar ou suspender manobras de

Ressuscitação Cardio Respiratória, é tomada pela equipa no local. Na maioria das vezes, não se tem acesso à informação clínica, detalhada e precisa do doente, pelo que, a reanimação é iniciada o mais rapidamente possível, mesmo que existam dúvidas sobre o tempo real da paragem e/ou sobre possíveis existências de doenças graves (excetuando os casos de lesão incompatível com a vida).

No entanto, só através do estágio no **INEM** é que pude constatar que o estado de “*rigor mortis*” já não consta nas exceções de iniciar a reanimação em contexto pré-hospitalar como acontecia até ao ano de 2012. Após a emissão de circular interna no INEM, prevê-se que todos os meios nos quais não se inclua a presença de um médico executem algoritmos de reanimação mesmo perante sinais de rigidez e livores cadavéricos. Através da partilha de experiência com os profissionais, pude concluir que o motivo desta recente indicação por parte do INEM, se deve à possibilidade de erro que poderá advir da confusão de rigidez cadavérica com a rigidez associada a patologia osteoarticular. Assim, as manobras de Suporte Básico de Vida (SBV) e de Suporte Avançado de Vida (SAV) (no caso particular de intervenção da ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV)) devem até ser mantidas até à chegada da Viatura Médica Emergência e Reanimação (VMER) ou quando tal não é possível, deverá ser realizado o transporte primário para o hospital, onde o médico do SU pode legalmente atestar o óbito.

Tal fato, levou-me a refletir em conjunto com a equipa multidisciplinar sobre a futilidade deste tipo de intervenção. Desta reflexão conjunta foi notório o descontentamento dos enfermeiros face a este tipo de intervenção, referindo-se desmotivados e sobrevalorizados quando são “obrigados” a investir os seus esforços em atitudes inúteis dada a reduzida probabilidade de valor terapêutico. Também os médicos com quem partilhei esta situação problema, referiram desmotivação quando são ativados para PCR onde já se encontram os profissionais da SIV, por saberem que estes possuem competência e sabedoria capaz de intervir de forma adequada nas situações de PCR, onde se inclui o

diagnóstico de morte para além de sinais físicos como rigidez e livores cadavéricos. Paralelamente, à semelhança dos enfermeiros, também eles salientam os gastos gerados por consumos sem justificação e o tempo de inatividade dos meios de socorro aquando a saída para estas situações.

No entanto, é sabido que existirão sempre situações de PCR em que a decisão de não reanimar está justificada: quando é manifestamente previsível que a reanimação não é possível ou quando o doente, a seguir, repetirá o processo que conduziu à paragem; quando a paragem for o termo de uma doença de evolução fatal devidamente documentada; quando a qualidade de vida previsível após a reanimação for tal, que não é seguramente aceite pelo doente (MARTINS, 2007).

Deste modo, seja qual for a decisão do enfermeiro, prevê-se que o profissional assuma as consequências que poderão advir da decisão que toma. Deste modo, a escolha da decisão a ser tomada pelos enfermeiros deverá ser baseada na dimensão ética, no sentido de proporcionar um agir responsável isento de juízos possíveis de prejudicar o Outro, e nos deveres da deontologia como o expresso no artigo 82º alínea d) do Código Deontológico do Enfermeiro que nos diz que o enfermeiro tem o dever de “recusar a participação em qualquer forma de tortura, tratamento cruel, desumano ou degradante”, presumindo a recusa de participação em medidas reanimação nos casos de morte evidente (CÓDIGO DEONTOLÓGICO DOS ENFERMEIROS, 2005, pág.97).

O agir do enfermeiro é assim, fundado na autonomia e na responsabilidade e mediado pela tomada de decisões, o que por um lado, exige a responsabilização pelos seus atos, e por outro constitui o assumir da responsabilidade decorrente do seu mandato social de resposta à necessidade das pessoas (NUNES, 2006). Neste sentido, considero que a tomada de decisão patente na reanimação deverá visar a adaptação da pessoa no processo de interação com o meio ambiente contribuindo para a saúde da pessoa, para a qualidade de vida e, em última análise para uma morte com dignidade (ROY & ANDREWS, 2001).

Neste sentido, no estágio no **INEM**, nas situações cuja reanimação não fora sucedida e a morte fora declarada, no decorrer do estágio coube-me a salvaguarda pela manutenção da dignidade da pessoa através da prestação dos cuidados pós morte. Fez parte da minha intervenção posicionar o corpo da forma mais próxima da natural possível, preservar a intimidade da vítima cobrindo-a até aos ombros com um lençol ou um cobertor, retirar todo o material e dispositivos intrínsecos ao processo de reanimação como cateteres venosos periféricos, tubos orotraqueais ou de Mayo e elétrodo, para além de otimizar o ambiente circundante através da remoção de todo o material clínico e da limpeza de fluidos. Esta minha atitude revê-se no esforço de reduzir também o impacto da família perante o corpo, facilitando o processo de luto e dignificando o corpo da pessoa que morreu.

Paralelamente, acompanhei sempre o médico na transmissão de más notícias, intervindo no sentido de ajudar a família a expressar a sua dor em relação à morte do seu ente querido. Assim, adotei sempre uma atitude silenciosa com vista a transmissão de empatia e conforto, demonstrei abertura e disponibilidade em ouvir e dei tempo para a família expressar o seu sofrimento, os seus desejos e emoções face à morte.

Através da análise refletida sobre o dilema de reanimar ou não reanimar, pude desenvolver a minha capacidade reflexiva aprendendo a basear a minha prática na ética e na deontologia profissional, desvinculando-me, assim, da tomada de considerações fúteis baseadas em juízos não fundamentados. Com isto, considero caminhar no sentido da tomada de decisão assertiva, justa e considerando os melhores interesses para o doente, conforme exigido ao EEEMC.

Objetivo: Demonstrar conhecimento sobre procedimento de transporte de doentes críticos, promovendo a prestação de cuidados de forma segura.

O Transporte de Doentes Críticos é um procedimento essencial para a estabilização do seu estado clínico e determinante para a sua sobrevivência e qualidade de vida.

A decisão sobre quando e que meio deve transportar um doente em contexto de emergência pré-hospitalar é uma decisão que deve sempre considerar os potenciais benefícios em detrimento dos riscos efetivos. “O nível de qualidade dos cuidados durante o transporte nunca deve ser inferior aos cuidados prestados dentro de uma unidade de saúde” (ORDEM DOS MÉDICOS, Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008, pág. 12).

No decorrer da intervenção do enfermeiro em pré hospitalar está a responsabilidade sobre o acompanhamento das vítimas no transporte primário para o hospital de destino, sendo que o seu desenvolvimento foi alvo dos meus objetivos no estágio no **INEM**, de modo a adquirir competências capazes de valorizar a minha prática profissional no serviço onde trabalho.

O transporte do doente possui três fases distintas: decisão (ato médico), planeamento (efetuado pela equipa onde se incluem a estabilização, escolha e contacto com o serviço recetor, escolha do meio de transporte e monitorização, antecipação de possíveis complicações, seleção orientada de meios de terapêutica gerais e específicos e escolha da equipa de transporte, informar o doente e/ou familiar) e efetivação (efetuado pela equipa de transporte cuja responsabilidade técnica e legal só cessa no momento da entrega do doente ao corpo médico do serviço destinatário).

Relativamente à decisão inerente ao transporte, no estágio no **INEM**, pude constatar que nas saídas de VMER, foram várias as vezes que se optou pelo

transporte acompanhado pelo médico em conjunto com o Técnico de Ambulância de Emergência, cabendo ao enfermeiro conduzir a viatura médica até ao hospital. Confrontada com esta atitude, prontamente questionei os enfermeiros da VMER sobre esta prática. Como resposta foi-me dito que só a eles era atribuída a responsabilidade pela viatura, podendo ser seriamente lesados em caso de dano da mesma. Analogamente, foi-me comunicado que a segurança se encontrava assegurada na medida em que em caso de instabilidade do doente, a ambulância parava e o enfermeiro rapidamente se encontrava disponível a assistir a vítima.

No entanto, face ao risco de deterioração rápida e súbita das vítimas transportadas, quer pela instabilidade do seu estado clínico, quer pelo efeito das vibrações, da aceleração-desaceleração e mudanças de temperatura intrínsecas ao transporte (ORDEM DOS MÉDICOS, Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008, pág. 12), considero que a presença do enfermeiro devia ser sempre considerada aquando a decisão de o médico acompanhar o transporte. Saliento o grau de competências técnicas e científicas dos enfermeiros do pré hospitalar, para além da sua destreza nos procedimentos e técnicas e na aplicação e desenvolvimento de competências humanas, privilegiando a relação de proximidade e de ajuda que se estabelece no momento do transporte.

Estas considerações foram partilhadas com a ET que referiu que o INEM enquanto instituição, dá total autonomia de decisão ao enfermeiro da VMER em relação à possibilidade de acompanhamento do médico, sendo o risco de dano da viatura menor face à garantia de segurança da pessoa assistida. Assim, considero que este tema deverá ser alvo de sensibilização futura dentro do INEM, tendo em vista a valorização do papel do enfermeiro e a segurança da vítima transportada.

Ainda no sentido de diminuir o risco de complicações nos transportes nos quais tive a oportunidade de participar, intervimos junto das vítimas promovendo a comunicação e o diálogo de forma a transmitir-lhes informação sobre a real dimensão do seu problema de saúde. Esta atitude permitiu a diminuição da sua

ansiedade e com isto permitiu a sua colaboração, no limite das suas possibilidades, em todo o processo de transporte. Simultaneamente, ciente dos riscos de alteração da frequência cardíaca e da pressão arterial, arritmias, alteração da frequência respiratória, procedi à monitorização contínua de parâmetros como eletrocardiograma, pressão arterial, oximetria de pulso, frequência respiratória e capnografia.

Para que o transporte do doente crítico a nível primário decorresse da melhor forma com o menor numero de complicações possível, no início de cada turno nas ambulâncias SIV e nas VMER, em conjunto com a equipa, procedi à verificação dos níveis de reposição do material clínico e confirmei a funcionalidade de todo o material necessário para a estabilização / tratamento deste em caso de deterioração do estado da vitima, nomeadamente, monitor de transporte com alarmes, material de entubação endotraqueal, fonte de oxigénio de capacidade previsível para todo o tempo de transporte, fármacos de ressuscitação e ventilador de transporte (ORDEM DOS MÉDICOS, SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS, 2008).

A responsabilidade do EEEMC pelo transporte passa igualmente pelo dever de informar o doente sobre a natureza do transporte e os procedimentos que dele decorreram de modo a obter o seu consentimento expresso nos casos em que o doente se encontrava em condições para decidir.

Tal fato esteve presente aquando o meu estágio no **INEM** onde primei por informar o doente sobre todo o procedimento de transporte, enaltecendo o seu direito de ser acompanhado por um familiar ou pessoa de referencia, cumprindo com o estabelecido na Deliberação nº14/2011 do INEM relativa ao direito de acompanhamento dos doentes urgentes e/ou emergentes em ambulância de socorro.

A oportunidade que me foi dada em participar no transporte primário dos doentes no decorrer do estágio no INEM, foi fulcral para sentir as dificuldades a ele associadas, levando-me a respeitar sempre todas as regras de segurança, de modo a não comprometer a segurança do doente ou da equipa.

Esta atitude permitiu-me demonstrar “níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado” (Ordem DOS ENFERMEIROS, 2010 pág. 17). Paralelamente, a experiência que pude adquirir na realização de transportes primários, aumentou a minha qualificação técnica, trazendo-me enormes ganhos para a minha realidade no serviço onde trabalho.

Em suma, a realização destas atividades supra citadas para atingir os objetivos propostos neste domínio permitiram-me desenvolver as competências do EE:

- **Promover práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.**
- **Desenvolver uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção**

2.2 Melhoria contínua da qualidade

A melhoria da qualidade dos cuidados de saúde tem sido uma das prioridades assumida no Plano Nacional de Saúde (2011-2016). Apesar da qualidade estar sempre dependente da perspetiva e valores de quem a define, de acordo com o PNS podemos defini-la como a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação dos clientes.

Neste sentido, o Conselho de Enfermagem da OE, deteve um importante papel na promoção e implementação de programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem. Decorrente das suas competências, definiu os padrões de qualidade de enfermagem, os quais pretendem estruturar e orientar o exercício dos enfermeiros. Relativamente aos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica foram definidas as seguintes categorias como alvo da intervenção do enfermeiro especialista: promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional, organização dos cuidados e prevenção e controlo de infeção (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2011).

A qualidade em saúde é uma tarefa multiprofissional e tem um contexto de aplicação local, pelo que o exercício profissional dos enfermeiros não pode ser descurado ou deixado invisível, nos esforços para alcançar a qualidade em saúde. Neste sentido, considerando desenvolvimento de uma prática segura para este domínio tracei objetivos passíveis de realizar no decorrer do estágio, os quais inúmero no decorrer deste capítulo.

Objetivo: Gerir a comunicação interpessoal que fomenta a relação terapêutica com o doente/face à complexidade do seu estado de saúde;

O desenvolvimento de competências comunicacionais é um primórdio essencial da prática do EEEMC. A forma como a comunicação decorre entre profissionais de saúde e estes doentes constitui um bom indicador da qualidade dos cuidados prestados na medida em que influencia o grau de satisfação dos clientes das unidades de saúde. O acolhimento dos doentes e da família, traduzido pela disponibilidade dos profissionais de saúde em escutar e de responder de forma criativa sempre que são solicitados, revela-se como um componente essencial a um cuidar de qualidade. (HESBEEN, 2001).

Cada enfermeiro tem a responsabilidade de fomentar o desenvolvimento de competências nesta área, melhorando a técnica e a forma de comunicar, interpretando as dificuldades e necessidades do doente e da sua família, rumo à sua satisfação e excelência do cuidar.

Uma técnica de comunicação apropriada, assume-se basilar na prestação de cuidados urgentes, na medida em que na abordagem ao doente crítico, todo o processo de comunicação ganha uma proporção maior. Assim, enquanto futura EEEMC coube-me no decorrer do estágio nos diferentes módulos promover a importância da comunicação com os doentes e famílias, contornando todas as barreiras e encontrando estratégias capazes de respeitar as necessidades comunicacionais de cada doente.

Durante o período de estágio na **UCICT** pude participar de forma ativa numa cardioversão sincronizada em doente com suspeita de flutter auricular. Este método terapêutico para a reversão de arritmias foi dirigido a uma doente invisual, e que por isso exigia o uso de estratégias comunicacionais adequadas às suas necessidades.

Ciente de que a comunicação com o doente reveste-se de extrema importância, uma vez que lhe garante o direito à informação consagrado pela carta dos direitos do doente internado (CARTA DOS DIREITOS DO DOENTE INTERNADO, 2006), antes de qualquer de preparar o ambiente, dirigi-me à doente a fim de obter a sua expressa autorização para o procedimento cumprindo com a responsabilidade ética do EEEMC.

Tendo em conta a sua limitação na acuidade visual, fez parte da minha intervenção usar o toque à medida que lhe explicava todo o processo intrínseco à cardioversão, nomeadamente, onde lhe iríamos colocar as pás, onde lhe iríamos administrar a sedação, bem como lhe explicar detalhadamente que à sua volta se encontrava um carro de emergência prontamente disposto a responder em caso de instabilidade, a necessidade de recurso a oxigénio, e tratei de lhe apresentar toda a equipa interveniente (eu, ET e médica) e lhe pedir a autorização para a despir, explicando a necessidade desta atitude e garantindo a sua salvaguarda quanto à sua privacidade.

As limitações comunicacionais desta doente levaram-me a selecionar o toque enquanto meio de comunicação não verbal, uma vez que através dele consegui transmitir empatia, encorajamento e confiança, tendo em vista a valorização da doente enquanto pessoa (SARAIVA E MARTINHO, 2011, pág.13).

Neste caso particular, o toque revelou-se como instrumento facilitador para diminuição da ansiedade, promoção do relaxamento e estabelecimento de um cuidado holístico reconhecendo as necessidades individuais da doente e a eficiência da relação de ajuda.

Considerando que a comunicação é muito importante no atendimento do doente/família e permite obter um melhor cuidado (INABA & SILVA & TELLES, 2005), no **SU** voltei os meus esforços rumo ao aperfeiçoamento da arte de comunicar, tendo como consequência, o aumento da qualidade dos cuidados que presto e do fortalecimento do elo terapêutico que primei por criar com

todos os doentes a quem prestei cuidados. Por entre as capacidades comunicacionais que desenvolvi no decorrer do estágio, devo salientar a capacidade em escutar e em observar os sinais não verbais de desconforto.

Devo particularizar o caso de um senhor de 68 anos com múltiplos antecedentes clínicos, sendo o mais relevante a neoplasia do pulmão admitido na Sala de Emergência do SU. A doença encontrava-se numa fase avançada, estando o doente dependente de oxigenoterapia, dispneico para pequenos esforços, não tolerando a descida de cabeceira abaixo dos 90, tendo sofrido de agravamento do estado clínico nos últimos dias, motivo pelo qual recorreu ao SU. Perante a sintomatologia e após exames complementares foi-lhe diagnosticado tamponamento cardíaco. A escolha de tratamento passou pela realização de pericardiocentese, que o doente consentiu realizar. Apesar do avançar galopante da doença, o senhor sempre se demonstrou recetivo ao diálogo e aparentemente demonstrava-se bem-disposto, brincando inclusive com o seu estado de saúde. No entanto, com o progredir da situação, denotei que a doente se encontrava ansioso, questionando com frequência sobre a duração do procedimento e centrava a sua preocupação na esposa que se encontrava na sala de espera.

Embora tenha estado envolvida na preparação de todo o ambiente necessário para a técnica e na manutenção da assepsia, procurei estabelecer uma relação terapêutica com o doente, munindo-me de estratégias de comunicação que tenho vindo a desenvolver no decorrer de toda etapa de estágio do MEEMC. Como resultado, consegui que este focasse a sua atenção em mim no decorrer de todo o procedimento, conquistando uma relação empática, assente no respeito e confiança. Saliento que se tratou de uma pericardiocentese difícil, com necessidade de várias tentativas de punção por dificuldade na progressão do cateter, estando envolta de muitas dúvidas sobre a aspiração de sangue proveniente do pericárdico, sendo realizada por duas médicas diferentes.

Por se tratar de uma técnica pouco frequente em contexto de SU, levou ao interesse de um grande número de profissionais, existindo, a dada altura, 11 pessoas à volta do doente. Tal fato, contribuiu para o aumento da ansiedade do doente, espelhada através do seu fáceis de desconforto. Assim, esforcei-me para diminuir o seu incómodo, através da explicação de todos os passos intrínsecos ao procedimento, das causas que levaram às intercorrências e pedi-lhe autorização em nomes de todos para o observarmos durante a intervenção.

Similarmente, no final da intervenção fui procurar a esposa, e através de uma postura calma, usando uma linguagem expressiva moldada ao caso, procurei clarificar a necessidade da intervenção implementada para a resolução do problema do doente, e finalmente, encaminhei-a até à SE onde esta permaneceu até à admissão de outro doente. Finalmente, este senhor fora transferido para a área laranja do SU com fim de dar continuidade ao seu tratamento.

As situações sobre as quais tive oportunidade de intervir no decorrer do estágio, levaram-me a desenvolver competências comunicacionais importantes para toda a minha vida profissional. Saliento, o reforço da capacidade de saber ouvir, saber ser claro, ser transparente e saber adequar a forma como transmitimos a informação. Paralelamente a experiência que tive em estágio permitiu-me compreender que a objetividade e a assertividade da mensagem que transmitimos, proporciona um clima de confiança e segurança que alicerça a relação terapêutica, tão importante na prestação de cuidados ao doente crítico.

Objetivo: Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional relacionados com a família do doente crítico

A promoção da relação terapêutica no âmbito do exercício profissional de enfermagem é caracterizada pela parceria estabelecida com o doente, envolvendo as pessoas para si significativas.

A hospitalização de um familiar numa UCI ocorre geralmente de forma aguda e inadvertida, restando pouco tempo para a adaptação familiar. Através do contato privilegiado com as famílias, pude perceber que os familiares, perante uma situação de hospitalização sentem-se perdidos, desprotegidos e envolvidos num ambiente desconhecido, regido por muitas regras distintas do seu contexto familiar. Por vezes, sentem-se mesmo invisíveis porque são desencorajados a participar ativamente nos cuidados ao doente (perdendo o seu papel assistencial) e porque não são informados do tipo de assistência que o doente recebe (MARTINS, 2000).

Um aspeto importante da prestação de cuidados e da recuperação dos doentes em estado crítico é o apoio pessoal dos membros da família e pessoas significativas (URDEN; STACY; LOUGH, 2008). Segundo BETTINELLI E ERDMANN (2009), a família pode ter um grande contributo na recuperação do doente. Deste modo, na **UCICT** reuni esforços no sentido de envolver a família em todo o processo de hospitalização desde o primeiro contato com a UCI. Da minha intervenção fez parte a receção dos familiares na porta da UCICT, onde após me apresentar, tentei transmitir sucintamente o que iriam encontrar dentro da Unidade e explicar-lhes para que servem os vários monitores, alarmes, tubos e cateteres. Ao dar aos familiares uma ideia básica do equipamento e do seu funcionamento, a unidade de cuidados intensivos é desmistificada, o que, consequentemente, reduz o sentimento de medo e impotência da família.

A primeira visita é muito importante para os familiares. É nesta que vão tirar as primeiras impressões e é quando se encontram mais confusos e necessitam de todo o apoio e compreensão, pois o seu estado de ansiedade, pode provocar os piores comportamentos. Assim, ao acolher os familiares na sua primeira visita, procurei manter-me presente em silêncio enquanto estes estavam junto do doente. Com esta atitude demonstrei-me disponível para o esclarecimento de todas as dúvidas e fui compreensiva com todas as suas preocupações.

Saliento a situação de uma família que solicitou o impedimento de um dos seus membros em visitar o doente. Após o diálogo estabelecido, pude perceber que o doente era casado pela segunda vez, e que a sua atual esposa não permitia a visita nem a cedência de informações à ex-mulher nem aos filhos do primeiro casamento. Perante esta situação coube-me enaltecer a importância de um relacionamento cordial entre família num período de doença dos seus membros, no sentido da promoção de um clima de bem-estar e da tranquilidade do doente. Perante a impossibilidade demonstrada limitei-me a referir que não cabe a equipa multidisciplinar de saúde julgar a estrutura familiar de cada doente, sendo que quando o doente não se encontra capaz de decidir, é permitida a visita a todos os familiares e pessoas de referência desde que estes não atentem contra o bem estar e a segurança de todos os doentes internados. Quanto às informações por telefone, procurei explicar que em nenhuma circunstância estas poderão ser cedidas, no sentido da salvaguarda do direito à privacidade do doente. Mediante a minha explicação, a esposa compreendeu a complexidade do que tinha inicialmente pedido, e concordou em manter este tipo de questões fora do ambiente hospitalar.

Reconhecendo a potencialidade dos familiares e as pessoas significativas no processo de tratamento e recuperação do doente crítico (COMASSETTO; ENDERS, 2009), importa que estes se encontrem bem conscientes do seu papel de suporte afetivo e facilitador da recuperação (BETTINELLI; ROSA; ERDMANN, 2007). Para que tal seja possível, também elas precisam de

suporte para as suas necessidades físicas e emocionais (FONTES; FERREIRA, 2009), cabendo ao enfermeiro a função de apoio através da escuta ativa e da manutenção de uma postura de aproximação e preocupação.

Considerando que ser-se aceite pela equipa de UCI é umas das necessidades mais importantes para a família VELEZ (2002) e atendendo a inexistência de um guia de acolhimento dirigido aos familiares dos doentes internados na **UCICT**, fez parte da minha intervenção elaborar um folheto capaz de os elucidar sobre o funcionamento da UCI e sobre o que lá poderão encontrar. Este encontra-se remetido para o anexo IV deste relatório. Com a minha intervenção pretendi contribuir para a redução do impacto emocional das famílias aquando o primeiro contato com o doente e diminuir sentimentos de medo. Paralelamente, com esta ideia, procurei esclarecer as questões que até então me foram sucessivamente colocadas, nomeadamente onde devem esperar as visitas, como serão chamadas, como se processa a transferência do doente e como se identificam os diferentes profissionais da **UCICT**.

O meu trabalho foi aceite por toda a equipa de enfermagem e foi remetido para a Enf. Chefe do serviço que considerando a pertinência e adequação do mesmo, considerou a sua remissão para a direção da **UCICT** com vista a sua implementação num futuro próximo.

Objetivos: Intervir sobre problemas complexos, promovendo o desenvolvimento do cuidado ao doente crítico

A prestação de cuidados ao doente crítico incide na vigilância intensiva, e na complexidade da análise da condição doente, na qual assenta o processo de tomada de decisão do EE. Grande parte do foco da atenção do enfermeiro centra-se no domínio da função, despistando precocemente as mínimas alterações na condição do doente suscetíveis de causar um agravamento clínico.

Na **UCICT** pude constatar a frequência de Delírium nos doentes internados. Na unidade onde trabalho é frequente termos doentes que desenvolvem Delírium, sendo sabido que a sua incidência aumenta exponencialmente consoante os dias de internamento. No entanto, na **UCICT**, os doentes maioritariamente de cirurgia programada, permanecem na Unidade pouco mais de 2 dias, o que me levou a questionar os motivos de ser tão frequente o desenvolvimento de Delirium neste tipo de doentes.

A evidência sustenta que a incidência de Delírium em doentes internados em UCI varia entre 19 a 87% e de 60 a 80% nos doentes que estão dependentes de ventilação mecânica (NEVES & GUISTINA 2005). Mais especificamente, os pacientes que são submetidos a cirurgia cardíaca e ortopédica têm uma probabilidade aumentada de desenvolver esta síndrome quando comparadas às demais cirurgias (AGUIAR, 2009). Aqui a incidência de complicações neurológicas, como o Delirium varia entre 0,4 a 80%, sendo as complicações neurológicas após a cirurgia de revascularização do miocárdio as mais comuns. (NEVES & GIUSTINA, 2005). Tal fato, pode ser justificado pelo risco de hipoperfusão e formação de microembolos gasosos ou hemáticos ocorridos durante o período de circulação extracorporeal (CEC) necessário a grande parte das cirurgias cardíacas. Esta técnica, altamente complexa, constitui um fator de risco fortemente associado ao comprometimento da função cognitiva pós-operatória, sendo que quanto maior o tempo de CEC, mais défices neurológicos são apresentados. (NEVES & GIUSTINA, 2005).

As habilidades e capacidades cognitivas e afetivas dos enfermeiros permitem-lhes conhecer a individualidade da pessoa que cuidam possibilitando a identificação atempada de fatores de risco que comprometam o seu bem estar. Na **UCICT** perante cada doente que me fora atribuído, procurei avalia-lo quanto aos fatores predisponentes de aparecimento de Delirium de modo a controlar os fatores precipitantes capazes do desencadear. Assim, perante doentes com idade

superior a 65 anos, com história de consumo frequente de álcool e tabaco, diminuição da acuidade visual e auditiva e com antecedentes clínicos de depressão, intervirm no sentido da estabilização fisiológica, do suporte nutricional, da promoção do conforto e gestão da dor, da promoção do sono através da abolição dos ruídos e luzes no período noturno, da promoção da presença da família e pessoas significativas e uma adequada avaliação do estado mental do doente ao longo de todo o período de internamentos na **UCICT**.

Para RABIAIS (2009), a estimulação visual nas unidades é excessiva por causa da iluminação permanente; as luzes podem provocar confusão sensorial, perda de orientação dia/noite e interrupção do sono. Durante o estágio na **UCICT** pude constatar o esforço dos enfermeiros em reduzir a iluminação e o ruído durante o período noturno, denotando-se que estes profissionais se encontram cientes da importância destas medidas para a orientação tempo/espacial dos doentes. No entanto, pude verificar que os mesmos, sempre que necessitavam de realizar alguma intervenção no período noturno, optavam por ligar a luz da sala em vez de optarem pelos focos individuais disponíveis em cada unidade. Da minha intervenção fez parte o uso de luz de presença disponível em cada unidade, no sentido de prevenir a interrupção do sono noturno, diminuindo o risco de desenvolvimento de Delirium..

O Delirium embora frequente nas UCI é frequentemente subdiagnosticado e tem implicações prognósticas importantes para o doente. Dada a elevada prevalência do Delirium nas UCI, os estudos de CONLEY (2011) LAW, LEISTIKOW e HOFFRING (2012), OLSON (2012) ALLEN e ALEXANDER (2012) FARIA e MORENO (2013), recomendam a avaliação diária do Delirium com recurso a escalas e o seu posterior registo no processo do doente.

A capacidade de avaliar, de forma precisa, o Delirium é um componente chave de qualquer estratégia sistemática adotada para o prevenir ou tratá-lo. Atualmente utiliza-se o método de avaliação *Confusion Assessment Method in a Intensive*

Care Unit para diagnosticar o Delirium nas UCI. Trata-se de um método validado, e segundo os estudos de OLSON. (2012) e BROOKS, SPILANNE, DICK (2014), possui sensibilidade entre 93% e 100% e especificidade entre 98% e 100%, é de fácil aplicação, permitindo uma rápida e acurada medida de avaliação em doentes críticos.

No entanto, apesar da importância do controlo do Delirium para a segurança do doente crítico, e de este ser considerado um indicador de qualidade, a sua avaliação e registo não se encontra instituída no programa informático de registos de enfermagem da **UCICT**, nomeadamente no *SClinic*. Tal fato, leva à ausência de avaliação sistematizada e padronizada deste problema, o que constitui um entrave quer à continuidade dos cuidados, quer à implementação de estratégias capazes de reduzir a sua incidência na **UCICT** já que não existem números que denunciem a sua prevalência nos doentes lá internados.

As situações problema por mim detetadas no que respeita à prevenção e tratamento do Delirium na **UCICT**, levaram-me a elaborar um artigo de revisão integrativa com o objetivo de identificar as implicações do Delirium para os doentes e conhecer quais as intervenções dos enfermeiros na identificação, avaliação e tratamento deste. Este trabalho, remetido para o anexo V deste relatório, foi redigido segundo as regras de apresentação de artigos científicos e permitiu-me organizar, interpretar e divulgar dados provenientes da evidência científica que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem. Paralelamente, constituiu um desafio pessoal permitindo-me adquirir saberes atualizados sobre este problema, de modo a produzir um discurso devidamente fundamentado, conforme exigido ao EEEMC.

Este trabalho foi entregue ao ET no último dia de estágio com vista a sua divulgação pelos restantes enfermeiros, perspetivando a mudança de comportamentos e a sua sensibilização para este problema vivido no seio da **UCICT**.

Objetivo: Fazer gestão diferenciada da dor e do bem estar da pessoa em situação crítica ou em falência multiorgânica.

A dor, tão antiga como o próprio Homem, é uma das experiências temidas embora mais comuns na população e é, um dos motivos mais comuns na procura da assistência médica (LOESER, 1999).

Considerando a importância da dor, enquanto fenómeno fisiológico, para a integridade do indivíduo a sua abordagem e gestão foi considerada como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde, sendo também um fator decisivo para a humanização dos cuidados e consequentemente para o aumento da sua qualidade.

Pela sua frequência e potencial de causar sofrimento e aumento do dano no doente crítico, o estudo da dor tem sido cada vez mais frequente nas sociedades medicamente mais desenvolvidas. Aliado a este fato, a Direção Geral de Saúde publicou a Circular Normativa de 14 de Junho de 2003, que instituiu a dor como o quinto sinal vital, com a obrigatoriedade da avaliação e registo regular da intensidade da dor pelos profissionais de saúde adequada ao respetivo contexto com recurso a escalas específicas.

No estágio no **INEM** pude perceber a notória preocupação dos profissionais de saúde pela analgesia, existindo mesmo um protocolo de “Sedação e Analgesia” nas ambulâncias SIV. Este prevê o controlo da analgesia segundo o valor da escala da dor referido pelo doente. A escala utilizada é a numérica, em que os valores variam de 0 a 10. Nas situações de dor de valor 3-4 preconiza-se o paracetamol oral, nas situações de dor 5-6 está previsto o paracetamol endovenoso e nas situações de valor igual ou superior a 7 deve ser administrado morfina.

Através da análise deste protocolo, pude concluir que o mesmo não se encontra de acordo com o preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). A OMS, (1996) sugere a organização e padronização do tratamento analgésico da dor baseado em uma escada de três degraus de acordo com a intensidade de dor que o doente apresenta. O primeiro degrau recomenda o uso de medicamentos analgésicos simples e anti-inflamatórios como o Paracetamol para dores fracas (classificadas como 3-4 segundo a Escala Numérica da Dor). O segundo degrau sugere opioides fracos como o Tramadol e a Codeína, que podem ser associados aos analgésicos simples ou anti-inflamatórios do primeiro degrau, para dores moderadas (classificadas como 5-6 segundo a Escala Numérica da Dor). O terceiro degrau consta de opioides fortes como a Morfina e Fentanil, associados ou não aos analgésicos simples ou anti-inflamatórios, para dores fortes (classificadas como superiores a 7 na Escala Numérica da Dor). Sugere-se a administração de Morfina 2mg por via endovenosa ou subcutânea ou morfina 5 mg por via oral a cada reavaliação (tempo para reavaliação: 10 a 20 minutos; tempo máximo: 60 minutos) até alívio da dor ou nos casos de esta não ser controlada, deverá optar-se pela sedação contínua.

Para além de ter detetado a desatualização do protocolo da SIV face as indicações da OMS, no decorrer da observação do trabalho dos enfermeiros no **INEM** pude perceber que a avaliação da dor se encontra descurada, não tendo sido por mim observado o recurso a qualquer escala capaz de quantificar a dor que as vítimas dizem sentir. Após partilhar este fato com a equipa, foi-me referido que esta atitude se prende com a possibilidade de sobrevalorização da dor pelo doente aquando a sua autoavaliação.

Na prática profissional quotidiana, deve-se aceitar que a dor é aquilo que a pessoa diz que sente. A queixa de dor deve ser sempre valorizada e respeitada, devido ao desconforto que manifesta. A melhor forma de avaliar a dor é confiando nas palavras e no comportamento do doente, aceitando que a dor existe (PAULO, 2003) Uma das estratégias a adotar é então a utilização sistemática de

instrumentos de avaliação, que permitem evitar os erros de interpretação. Neste sentido, procurei intervir de modo a promover a qualidade da assistência no pré hospitalar através da realização de um trabalho escrito sobre “A Dor em Pré-Hospitalar: Análise Sistemática e Ética” que se encontra no Anexo VI deste relatório.

Este foi entregue à Enf^o Coordenadora do **INEM** e teve como principal objetivo sensibilizar os enfermeiros das SIV e VMER para controlo da dor no âmbito das suas competências e nos domínios da sua prática profissional, ética e legal, o que significativamente trará enormes ganhos na qualidade assistencial praticado no pré hospitalar.

A dor, por ser uma experiência complexa e subjetiva, torna-se difícil a sua avaliação e quantificação, especialmente nos doentes em que o estado de consciência se encontra diminuído, como em grande parte dos doentes da **UCICT**. A avaliação da dor nestes doentes requer a utilização de instrumentos de avaliação adequados, que padronizem a intervenção dos enfermeiros.

A evidência diz-nos que a escala que melhor se adequa a doentes críticos, sedados ou ventilados é a Escala Comportamental da Dor (*Behavioral Pain Scale*). Uma das vantagens desta escala é o facto de não implicar qualquer verbalização por parte do doente. A avaliação é efetuada pelo enfermeiro através da análise de itens observáveis (expressão facial, movimento dos membros superiores, adaptação à ventilação mecânica). O score varia de 3 (sem dor) a 12 (dor máxima) pontos. Outra vantagem associada a esta escala é o facto de ter um reduzido número de itens a avaliar e a sua objetividade tornar fácil e rápida a sua aplicação. No entanto, esta escala não permite avaliar a dor a doentes tetraplégicos, bloqueadores neuromusculares ou com queimaduras da face.

Apesar da facilidade de aplicação desta escala e da sua importância para intervir adequadamente sobre a dor, foi possível observar que esta não é utilizada na

UCICT. Quando questionei o ET sobre esta situação problema, foi-me referido que o sistema de registos em uso não diferencia a avaliação da dor, considerando-se a escala qualitativa da dor quer nos doentes conscientes, quer nos sedados.

Após discussão das vantagens e desvantagens da aplicação desta escala com ET foi sugerida a sua aplicação e implementação no serviço, através do seu registo na folha de vigilância intensiva, a par do registo dos restantes sinais vitais. Esta informação para além de possibilitar um controlo algico mais adequado, poderia igualmente relacionar o aumento da Frequência Cardíaca e Tensão Arterial, enquanto indicadores de dor, nos doentes com dificuldade de expressão verbal. Esta sugestão foi aceite pelo ET que considerou debater sobre esta prática na próxima reunião da **UCICT**.

A observação e participação no encerramento do tórax com uso de arames fez-me perceber a presença de dor física no pós-operatório de cirurgia cardíaca, pela intensidade intrínseca a este procedimento.

Tal fato, demonstrou-se presente aquando o posicionamento dos doentes, onde a sua maioria mostravam aparentes sinais de desconforto marcados quer pela verbalização da dor quando estes se encontravam acordados, quer pela apresentação de tensão facial e contração muscular dos membros superiores associados a taquicardia e hipertensão nos doentes ventilados.

Esta consideração, vai de encontro com PIMENTA ET AL.(2001) e BOISSEAU ET AL. (2001) que afirmam que a dor intensa no pós-operatório, especialmente após cirurgias de grande porte, gera complicações como respiração superficial, deambulação tardia e diminuição do movimento. Tais fatos, prolongam o tempo de internamento, aumentando por isso os custos e o risco de infeção nosocomial. Assim, cientes das complicações da dor não controlada, fez parte da minha intervenção enquanto estudante da EEEMC estar atenta a todos os sinais de desconforto que o doente dizia ou aparentava sentir, para que, em conjunto com o

ET, procurássemos adequar a intervenção do EEEMC na implementação de intervenções não farmacológicas e/ou farmacológicas de acordo com prescrições ou procedimentos.

Durante o estágio na **UCICT** implementei medidas não farmacológicas no alívio da dor e para prevenção da mesma que passaram pelo controlo da incidência da luz forte sobre o doente, diminuição do ruído e racionalização da manipulação, de modo a salvaguardar períodos de sono e repouso. É indiscutível o benefício comprovado das intervenções não farmacológicas como a massagem de conforto e o posicionamento terapêutico no combate da dor, principalmente quando associadas a diversas medidas em simultâneo. Na verdade, o recurso a medidas farmacológicas sem as decorrentes alterações ambientais, sem uma adequada planificação dos cuidados leva ao comprometimento da eficácia analgésica.

No decorrer do meu estágio no **SU**, pude constatar que dor é dos sintomas mais comuns de recurso à urgência hospitalar. Apesar de não representar risco de vida, a dor tem múltiplos efeitos fisiológicos, sistémicos, significativos que condicionam co-morbilidades e alterações do bem-estar físico e mental, e tem impacto sócio-económico (MARINI, 2013). Neste sentido, intervir sobre a dor constitui um desafio muito complexo à prática de enfermagem, sendo necessária atenção, treino e sensibilidade para a avaliar, diagnosticar, planejar e executar as intervenções necessárias para o seu alívio, conforme preconizado pelo processo de enfermagem.

A Triagem de Manchester (TM) valoriza a dor quanto à sua intensidade e repercussão funcional nas atividades da vida diária do doente, contemplando-a como discriminador em quase todos os seus fluxogramas.

A dor é classificada como severa (significativa e insuportável), moderada (significativa mas suportável) e ligeira (não significativa). Adicionalmente, o tipo, localização e irradiação da dor também são valorizados conforme explicitado no Manual da TM.

Contudo, a triagem necessita de estratificar a dor e atribuir uma prioridade clínica em função da intensidade da dor e, se relevante, a sua localização e restantes características. (GRUPO PORTUGUES DE TRIAGEM, 2002). A dor severa corresponde à prioridade Laranja (muito urgente), a dor moderada à prioridade Amarela (urgente) e a ligaria à prioridade Verde (pouco urgente). Existem exceções, nomeadamente a dor precordial que, independentemente da sua intensidade, é sempre sinónima de classificação Laranja (muito urgente) e a dor pleurítica que é sempre sinónima (no mínimo) de classificação Amarela (urgente)

No decorrer do meu estágio no **SU** foi-me dada a oportunidade de acompanhar o ET na Triagem, sendo-me possível observar o desempenho de outros enfermeiros triadores no decorrer desta tarefa. Deste modo, pude constatar que o registo da dor com recurso a utilização de escalas não é efetuado por todos os enfermeiros na Triagem. A minha constatação vai de encontro com o ultimo estudo publicado pelo Programa Nacional de Controlo da Dor (2010) que nos diz que o registo da dor, no ato da triagem, é apenas efetuado em 61,8% dos Hospitais integrantes do Serviço Nacional de Saúde.

A qualidade da avaliação da dor depende da riqueza das informações obtidas junto do utente (METZGER, SCHWETTA, WALTER 2002). Deste modo, no momento da TM a avaliação da dor deve basear-se em critérios precisos que constem de um processo bem estruturado, de forma a ser conhecido por todos e que cada um possa reproduzir (METZGER, SCHWETTA, WALTER 2002). Daí que cabe ao enfermeiro triador recolher o máximo de informação junto do doente e sua família, utilizando a auto e/ou hetero-avaliação, recorrendo a instrumentos como a escala de faces.

Comparativamente, também o registo da dor se assume com muito importante, na medida em que possibilita a continuidade dos cuidados, quanto à qualidade dos mesmos, quanto à gestão, à formação e à investigação.

Os registos da dor propõem melhorar a comunicação entre todos os que cuidam a pessoa, proporcionando uma atenção comum para o alívio e o controlo desta. Esta afirmação vai de encontro com o Código Deontológico do Enfermeiro (2005) que nos diz que o enfermeiro deve assegurar a continuidade dos cuidados, registando fielmente as observações e intervenções realizadas.

Com o desenvolvimento destas atividades foi-me possível considerar qual o caminho a percorrer para o controlo e prevenção da dor enquanto 5º sinal vital. A constatação sobre a necessidade de intervir junto dos enfermeiros para o aumento da qualidade assistencial sobre o fenómeno da dor, leva-me a prever o desenvolvimento deste tema futuramente aquando me forem exigidas competências de supervisão no âmbito da EEEMC, de modo a promover intervenções o mais adequadas e eficazes possíveis, proporcionando um grande salto qualitativo na humanização dos cuidados prestados.

Objetivo: Identificar situações problema no controlo de infeção

A taxa de incidência de infeções nosocomiais é também um indicador da qualidade e da segurança dos cuidados de saúde. Deste modo, o controlo da Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde é considerado primordial na prestação de cuidados ao doente crítico.

Os enfermeiros enquanto profissionais mais próximos do doente, devem implementar medidas que previnam o aparecimento de infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS), durante a sua permanência na unidade hospitalar. Segundo o Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (2006), uma IACS é uma infeção adquirida pelo doente em consequência dos cuidados que lhe são prestados e do ambiente hospitalar que este se vê inserido desde a sua admissão e podendo surgir após a alta.

As consequências das IACS são profundas, pois a nível individual o doente fica sujeito a um internamento mais prolongado, tratamentos mais invasivos e o seu papel na família e sociedade fica afetado, e do ponto de vista institucional são acarretados mais custos para o seu tratamento. Neste sentido, considerando a importância do controlo da infeção para minimizar riscos para o doente e profissionais de saúde, no decorrer do meu estágio na **UCICT** centrei a minha preocupação no cumprimento de todas as medidas capazes de prevenir o aparecimento de IACS.

A pneumonia associada à ventilação (PAV) é uma infeção respiratória adquirida em ambiente hospitalar que se desenvolve como consequência da entubação traqueal necessária para a ventilação mecânica invasiva. Segundo o PROGRAMA NACIONAL DE PREVENÇÃO E CONTROLO DAS INFEÇÕES ASSOCIADAS A CUIDADOS DE SAÚDE (2006), a PAV é a segunda causa de infeção nosocomial, é responsável por 20 a 30% da mortalidade hospitalar, aumenta significativamente quer a demora média (em cerca de 4 dias) quer os custos.

Considerando a existência do risco de desenvolvimento da PAV nos doentes internados da **UCICT**, procurei com a intervenção cumprir com todas as indicações da Sociedade Portuguesa de Pneumologia e a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, no documento de Consenso sobre pneumonia nosocomial (FROES ET AL., 2007). Assim, na abordagem ao doente crítico com ventilação invasiva intervi através do seu posicionamento com elevação da cabeceira do leito a 30-45° enquanto medida que reduz o risco de micro aspirações, na prestação de cuidados de higiene orais com recurso a solução de clorexidina uma vez por turno perspetivando o controlo das bactérias *Gram* negativas existentes na flora oral, na aspiração da orofaringe antes de qualquer mobilização no leito e na manutenção da pressão de cuff entre os 25-30 mmHg enquanto medidas capazes de controlar as secreções orais e de evitar a sua migração para a árvore brônquica, e na aspiração de secreções

traqueobrônquicas com recurso a técnica asséptica. Para esta última, coube-me ainda gerir a sua frequência consoante a necessidade de aspiração, baseando-me na existência de ruídos auscultatórios e na alteração dos parâmetros ventilatórios, nomeadamente, volumes ou pressões, enquanto indicadores capazes de denunciar a presença de secreções. Concomitantemente à minha intervenção fez igualmente parte a confirmação da prescrição terapêutica, garantindo a administração de um protetor gástrico capaz de prevenir a úlcera péptica e a atenção sobre a sedo-analgesia promovendo o seu levantamento precoce.

Apesar das infeções associadas aos dispositivos médicos invasivos serem bastante debatidas e de até existirem normas elaboradas pela comissão de infeção do Centro Hospitalar São João sobre medidas indicadas para o seu controlo e prevenção, no decorrer do meu estágio na **UCICT** observei várias situações problema no que concerne à manipulação dos CVC.

Tal fato contraria a afirmação de MENDONÇA ET AL. (2011. Pág.331) que nos diz que a existência de um acesso vascular pressupõe uma vigilância atenta, eficaz e multidisciplinar de modo a prevenir e a controlar possíveis intercorrências. Da mesma forma, considera-se imprescindível a padronização e incorporação na prática de técnicas assépticas rigorosas na inserção e manipulação dos CVC.

Entre as práticas observadas, denotei que são obturadores como filtro nas vias do CVC, dispensam o uso de clorohexidina antes da sua manipulação, não padronizam a troca de tampas a cada manipulação, trocam os sistemas de Propofol somente 24h em 24h contrariando a substituição recomendada a cada 12h e usam uma compressa no envolvimento das torneiras das vias de perfusão, compressa que colocam e recolocam entre as sucessivas administrações de terapêutica.

A idoneidade para evitar as infecções pode e deve constituir um indicador da qualidade dos cuidados prestados. O objetivo do controlo de infeção é evitar as infeções escusáveis e fazê-lo de uma forma custo-efetivo, tendo em conta os alicerces básicos do controlo de infeção (COMISSÃO DE CONTROLO DE INFEÇÃO DO HOSPITAL SÃO JOÃO, 2007).

No sentido de cumprir com o objetivo de intervir na prevenção e controlo de infeção, face à complexidade e à necessidade de resposta em tempo útil, comuniquei ao ET os problemas detetados relativamente à manipulação do CVC propondo-lhe a minha intervenção junto da equipa no sentido de promover as boas práticas de enfermagem e de sensibilizar os enfermeiros para a importância da prevenção e controlo de infeção para o aumento da segurança e da qualidade dos cuidados.

No entanto, apesar de reconhecer a existência dos problemas por mim detetados, o ET considerou que a equipa não se encontrava recetiva para a abordagem desse tema, uma vez que o mesmo já fora frequentemente abordado nos trabalhos realizados pelos estudantes anteriores da EEMC, sem efeito para a mudança dos comportamentos. Considerando a experiência do ET e o seu conhecimento em relação às expectativas da equipa de enfermagem, remeti a discussão deste tema para as orientações tutoriais onde partilhei as minhas preocupações com a Enf. Orientadora e com os restantes colegas do MEEMC.

A prevenção e o controlo da infeção fez igualmente parte da minha prática no decorrer do estágio no **SU**, levando-me a reunir esforços em prol de demonstrar conhecimentos capazes de ser referência para a equipa de enfermagem na qual me integrei.

No estágio no **SU** usei medidas de precaução padrão como higiene das mãos, uso de equipamento de proteção individual, práticas de injeção seguras, prevenção de acidentes com corte perfurantes e uso de etiqueta respiratórias

enquanto estratégias capazes de prevenir a transmissão de infecção cruzada e consequentemente, aumentar a segurança dos cuidados de enfermagem por mim prestados.

Esta atitude foi de encontro com o preconizado pela ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011), em relação as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica que nos diz que o EE deve “maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infecção” cumprindo com um dos indicadores de qualidade dos cuidados de Enfermagem.

No estágio no **INEM**, os conhecimentos por mim demonstrados e o interesse particular sobre esta área de atuação da EMC levaram-me ainda a colaborar na conceção e concretização do projetos da recém formada comissão de infeção do INEM e na disseminação de medidas de promoção da qualidade ao nível dos meios no terreno após termos observado nos diferentes locais de estágio o desconhecimento dos profissionais face aos procedimentos de limpeza e de desinfeção do material constituinte da carga das VMER e ambulâncias SIV e SBV.

A minha intervenção passou por, em conjunto com as restantes alunas do MEEMC, elaborar uma norma em que se inclui como anexo um catálogo de produtos com o nome dos produtos usados na higienização de cada tipo de material constituinte da ambulância, as suas indicações e o modo de emprego definido para cada um. Saliento que este trabalho fez parte das sugestões da Enf^o responsável pela comissão de infeção do **INEM** após termos situações problema detetadas pela observação e no decurso de entrevistas informais à equipa de profissionais constituintes dos diferentes meios. Estas prenderam-se com o descuido com na limpeza do material após cada acionamento, no uso de desinfetante destinado para as mãos para limpeza do monitor e plano duro, o incumprimento dos 5 momentos na desinfeção das mãos e o desconhecimentos da maioria dos profissionais relativamente aos desinfetantes disponíveis e à

adequação de cada produto de limpeza a cada tipo de material. Paralelamente, com vista a promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros e Técnicos de Ambulância de Emergência, realizamos um guia de procedimentos relativo à limpeza semanal do interior da ambulância e uma tabela orientadora dos cuidados individuais de limpeza para cada material constituinte da carga da ambulância SIV. Este trabalho está presente no anexo VI deste relatório.

Com a consecução destas atividades desenvolvi as seguintes competências:

- **Criar e manter um ambiente terapêutico seguro;**
- **Conceber e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade;**
- **Refletir sobre os Focos da Prática de Enfermagem mais frequentes nos diferentes contextos de estágio**

2.3 Gestão dos cuidados

A prática de enfermagem engloba o planeamento, execução e avaliação dos cuidados de enfermagem baseados no próprio saber de enfermagem e na utilização de múltiplos saberes, na participação ativa na sua produção, no desenvolvimento pessoal e profissional. Os cuidados de enfermagem são avaliados pelos ganhos em saúde e pelos recursos utilizados para os obter (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2002)

Das competências do enfermeiro especialista neste domínio é expectável que este saiba adequar os recursos existentes às necessidades de cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Neste sentido, prevê-se que o EEEMC adeque uma resposta eficiente em termos humanos e/ou materiais face a cada situação encontrada no decorrer da prestação de cuidados ao doente. Paralelamente, entre as suas competências, salienta-se a capacidade em identificar os estilos de liderança mais adequados às exigências impostas, facilitando assim os processos de tomada de decisão que as intervenções de enfermagem estão sujeitas. Para o efeito é sobejamente importante que o EEEMC seja capaz de disponibilizar assessoria aos restantes elementos da equipa, sempre que os seus conhecimentos sejam necessários, colaborando nas decisões da equipa multiprofissional através da apresentação de uma variedade de soluções eficazes rumo ao aumento da qualidade do processo de cuidar. (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010).

Neste sentido, considerando desenvolvimento de uma prática de gestão de cuidados de enfermagem eficiente e o aperfeiçoamento de capacidades de liderança e gestão dos recursos mediante a realidade observada com o intuito de otimizar a qualidade dos cuidados prestados para este domínio tracei os objetivos

passíveis de realizar no decorrer dos estágios, os quais descrevo no decorrer deste capítulo.

Objetivo: Adaptar a liderança e a gestão de recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados

Num período em que os custos associados às políticas de saúde são tidos como uma das principais preocupações no seio das instituições, a utilização eficiente dos recursos existentes em prol da racionalização dos custos associados aos serviços de saúde constitui um fator importante na avaliação contínua da qualidade dos cuidados prestados pelos serviços de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

Na **UCICT** tracei como objetivo aprender a exercer supervisão no exercício profissional na área de EEMC. Deste modo, solicitei ao ET o agendamento de um turno com o enfermeiro de referência (ER), no sentido de participar ativamente no desempenho das suas atividades e de compreender as responsabilidades que lhe são atribuídas.

A Enf.^a de referência (ER), na UCICT, exerce funções de gestão, supervisão e prestação de cuidados sempre que é solicitada. A ela está incutida a responsabilidade pela promoção da continuidade dos cuidados através da articulação com a equipa multidisciplinar e com todos os serviços hospitalares capazes de dar resposta às necessidades levantadas pela equipa da UCICT. Dadas as suas responsabilidades, a ER é considerada como um elemento diferenciado dentro da equipa, com boas capacidades de relacionamento, sendo-lhe reconhecidas competências técnico profissionais e de liderança por parte da equipa.

A importância do papel do ER na racionalização das despesas e no combate ao desperdício revê-se na complexidade das intervenções praticadas em cuidados

intensivos onde a prática se traduz em grandes consumos de recursos humanos e financeiros. No decorrer do meu estágio tive oportunidade de elaborar pedidos de reposição de *stock* de caráter urgente e de caráter programado, e de supervisionar a reposição efetuada diariamente pela farmácia, perspetivando a aquisição de novos saberes relativos à gestão de serviços.

Na **UCICT** a distribuição de recursos materiais é tradicional. Esta é da competência da ER cabendo-lhe assim a gestão de *stocks*. Após o preenchimento da requisição por via eletrónica são realizados pedidos para o armazém, podendo estes assumir um caráter urgente ou programado face aos gastos padrão existentes na **UCICT**, como os o consumo de soros, creme hidratante, fraldas, resguardos, seringas de gasometria etc. Através do acompanhamento da ER tive oportunidade de efetuar pedidos urgentes, nomeadamente de material de urgência utilizado no turno da noite, tendo posteriormente a oportunidade de armazenar os pedidos nos locais apropriados e realizei extra necessários, como o arranjo de equipamentos, pedidos extra de limpeza da unidade.

No turno que me foi dada a possibilidade de acompanhar a ER no desempenho das suas funções, também fez parte da minha intervenção efetuar a revisão do carro de emergência da **UCICT** de modo a garantir a sua organização, zelar pelo cumprimento dos seus níveis de reposição e estar atenta à validade dos fármacos e do material que o constitui.

O carro de emergência representa uma importante ferramenta na abordagem do doente em situação crítica, sendo que a sua organização e funcionalidade podem influenciar o desempenho da equipa multidisciplinar na resposta às necessidades dos doentes. Segundo a Orientação nº 008/2011 da DGS os carros de emergência devem ser organizados de forma uniforme e específica para cada unidade de saúde, quanto ao seu conteúdo e disposição do material.

A organização do carro de emergência da **UCICT** é caracterizada pela existência de material destinado a adultos e a pediatria, bem como pela existência de pás de desfibrilhação interna pela possibilidade de massagem cardíaca interna após esternotomia de emergência. Assim, pude repor o material que se encontrava em falta, alertar para a aproximação do término do prazo de validade de algum dos fármacos e pude constatar que o carro de emergência não cumpria com os *stocks* previamente estabelecidos, excedendo nas quantidades de algum do material e apresentava material que não se encontrava listado como constituinte do carro. Este fato alertou-me para o desperdício que atualmente se vive no seio das instituições e para a necessidade de existência de uma *check list* capaz de manter organizada o carro de emergência e de responsabilizar os profissionais pela reposição imediata do material usado nas situações de emergência.

Perante as minhas constatações sugeri à ER a criação de uma *check list* enquanto instrumento promotor da segurança dos cuidados emergentes prestados na **UCICT** e do combate ao desperdício que atualmente se vive nas instituições hospitalares. A ER demonstrou-se muito recetiva à ideia, partilhando que ela própria já considerou a realização de um documento de verificação e validação do material constituinte do carro de emergência. No entanto, por inexistência de tempo necessário à sua concretização, não consegui realizar este trabalho.

Objetivo: Desenvolver capacidade de liderança na equipa de enfermagem em contexto de prestação de cuidado

Os EEMC enquanto líderes devem procurar aperfeiçoar-se continuamente, aliando conhecimento técnico-científico e habilidades pessoais para liderar, correspondendo às expectativas da organização e da equipa, proporcionando uma prática mais crítica, reflexiva e participativa.

O processo de enfermagem e a respetiva aplicação na criação do plano de cuidados de enfermagem é fundamental em qualquer área intervenção do EEEMC, enquanto profissional altamente qualificados e com um campo de intervenção próprio.

A liderança pode ser essencialmente de três tipos: autocrática, ou seja, focada no líder que mantêm um forte controlo sobre o grupo e tomada de decisão; democrática, em que todos os membros do grupo participam na tomada de decisão e no estabelecimento de objetivos; e por último, liberal, em que o líder assume uma atitude passiva e não diretiva, onde as decisões são tomadas pelo grupo com o mínimo de intervenção do líder. (SOUSA & BARROSO, 2009; GRIMM, 2010; LOURENÇO & TREVIZAN, 2002)

Não se considera que qualquer um destes estilos de liderança tem vantagem sobre o outro, possuindo todos eles vantagens e desvantagens. Como tal, um líder eficaz adequa o seu estilo de liderança às circunstâncias e eventos presentes, de acordo com as necessidades do grupo e tarefas a serem concluídas, o que se assume como uma liderança situacional. Neste tipo de liderança, o líder passa assim a assumir uma postura mais personalizada, implicando maior capacidade de adaptação e conhecimento profundo dos membros da sua equipa. A liderança situacional apresenta um elevado nível de exigência, daí se tornar um processo complexo e consumidor de tempo. Implica capacidade de diagnóstico, de conhecimento do outro, sensibilidade, capacidade de orientação sem imposição e de motivação e envolvimento dos liderados no trabalho da equipa (SOUSA& BARROSO, 2009; GRIMM, 2010; LOURENÇO & TREVIZAN, 2002).

O EEEMC enquanto líder, tem o papel de influenciar e apoiar os outros enfermeiros para que eles trabalhem com motivação na obtenção de determinados objetivos. Da sua missão faz parte a coordenação de grupos, e a adequação dos recursos

existentes às necessidades de cuidados tendo em vista a melhoria contínua da qualidade.

No meu estágio no **SU** pude observar o papel de liderança do EEMC nas situações de PCR assistida na SE e nas saídas de Reanimação Intra Hospitalar. Nestas situações, o EEMC assume um papel preponderante na supervisão dos elementos da equipa envolvidos na reanimação, garantindo que cada um execute as suas ações de maneira segura e correta. Considerando os seus conhecimentos atuais de SAV, o EEMC assume o papel de coordenador através da atribuição de tarefas complexas aos elementos mais experientes, delegando as menores para profissionais menos experientes, coordenando as manobras de SAV através da cronometração do tempo de SAV e dos seus ciclos. Paralelamente, garante a segurança de todos os elementos da Equipa de Reanimação, especialmente quando é realizada a desfibrilhação.

No estágio no **INEM**, através do acompanhamento dos enfermeiros a desempenhar funções em contexto de Suporte Imediato de Vida pude observar o estilo de liderança por eles adotado quando lhes é incutida a responsabilidade de chefes de equipa. O papel do enfermeiro na assistência pré hospitalar, passa pela articulação, integrada na equipa, contribuindo na inter-relação entre os diversos meios INEM. Este funciona como um elo entre a gestão e a assistência, entre a regulação médica e a equipa, sendo que dele, no caso particular da SIV está dependente a aplicação e interpretação de protocolos.

Na assistência pré-hospitalar a existência de inúmeros protocolos de atuação obriga o enfermeiro a ser um profissional altamente qualificado e treinado, para que no mais curto espaço de tempo seja capaz de perceber qual o maior problema do doente no momento, através da sua observação e monitorização, de forma a escolher o protocolo mais adequado e a implementar as intervenções mais eficazes, ou seja, consiga rapidamente delinear um plano de cuidados, definindo diagnósticos, implementando intervenções e avaliando os resultados

destas. No decorrer da intervenção dos enfermeiros em pré-hospitalar, o processo de enfermagem é implementado mentalmente, para a eficácia no atendimento e no rigor da atuação.

Os EEEMC, enquanto líderes, possuem capacidade de influenciar a equipa, visando atender aos objetivos da instituição, sendo necessário para isso o conhecimento técnico-científico e o desenvolvimento de habilidades humanas e interpessoais. Ao exercer uma liderança eficaz, o EEMC adquire respeito e confiança da equipa multidisciplinar de saúde, primando pelo estabelecimento de uma relação de equipa de confiança, que vise a assertividade, a adequação e clareza de comunicação entre todos. Tal fato, aumenta a eficácia do trabalho de equipa, refletindo-se no aumento dos cuidados prestados em contexto emergente.

A par das competências de gestão de recursos e de cuidados espera-se que o EEEMC seja gestor de inteligência emocional, competitividade, parceria, qualidade de vida no trabalho, e em particular, assertividade nas relações interpessoais. O profissional que adquire competências interpessoais possui maior capacidade para lidar com problemas e desafios, para potencializar talentos e gerir trabalho num clima de confiança e satisfação. Este deixa de olhar apenas para si, podendo tornar-se capaz de compreender a complexidade das relações entre seres humanos, levando a uma melhoria no desempenho global das organizações, gerando mais lucros e/ou serviços de melhor qualidade (AGUIAR ET AL., 2005).

No estágio no **SU** após observar os sentimentos de frustração e os sinais de stress e de mal estar emocional dos enfermeiros que lá desempenham funções, usei como estratégia a elaboração de um artigo de revisão integrativa sobre *Burnout* nos Profissionais dos Serviços de Urgência que se encontra em no anexo VIII deste relatório. Este teve como principal objetivo servir como fonte capaz de me elucidar sobre os seus fatores precipitantes, os sinais precoces e as

estratégias de resolução passíveis de intervenção do EEMC, para depois partilhar com o ET e a equipa de forma informal os resultados da mesma.

A consecução deste artigo visa cumprir com a promoção do autodesenvolvimento pessoal e profissional, na medida em que consegui adquirir novos conhecimentos que certamente me serão muito uteis no futuro, para além de me fazer identificar na prática os resultados da investigação, perspetivando colaborar nas decisões de equipa relacionadas com esta temática aumentado a qualidade do processo de cuidar enquanto EEMC.

Com a consecução destas atividades desenvolvi as seguintes competências:

- **Adaptar a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade de cuidados.**
- **Desenvolver capacidade de liderança de equipa de enfermagem em contexto de prestação de cuidados.**

2.4 Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Para a criação de uma própria identidade profissional, a reflexão e reinterpretação das vivências individuais e da acumulação de experiências, são essenciais para o crescimento que permite construir as perspetivas acerca da profissão. Para a construção desta identidade, o processo formativo constitui uma situação privilegiada, através da valorização nas novas experiências e das relações pessoais e interpessoais estabelecidas no decorrer da aprendizagem.

Neste sentido, considerando o desenvolvimento complexo na combinação de saberes, comportamentos, atitudes que me permitam adquirir novas competências no cuidar do doente crítico, para este domínio tracei os seguintes objetivos passíveis de realizar no decorrer do estágio.

Objetivo: Desenvolver o autoconhecimento através da integração nas equipas e da relação supervisiiva.

A integração nas várias equipas multidisciplinares foi facilitada pelo acolhimento efetuado pelos profissionais neles integrados, permitindo-me usar a partilha de experiências como uma estratégia para demonstrar conhecimentos gerais e específicos na área de EEMC e desenvolver o auto-conhecimento sobre a prestação de cuidados ao doente crítico. Saliento a minha afirmação, pelas constantes questões que me foram colocadas pelas equipas de enfermagem, no sentido de perceberem a realidade da minha prática no serviço onde trabalho, o que me obrigou a desenvolver a minha capacidade crítico reflexiva e o meu poder de argumentação suportado pela evidência. No entanto, encontro-me ciente que a atitude respeitosa e humilde que caracterizam a minha personalidade, foram fundamentais para o sucesso do trabalho de equipa que estabeleci com os elementos da equipa multidisciplinar.

O trabalho de equipa implica a atuação responsável do enfermeiro na sua área de competência e o reconhecimento da especificidade das outras profissões de saúde respeitando os limites impostos pela área de competência de cada uma de acordo com descritivo do artigo 91º do Código Deontológico.

O objetivo comum que une a equipa multidisciplinar implica a sua articulação harmoniosa e a prestação de cuidados de saúde em complementaridade. A capacidade de comunicação e articulação da equipa multidisciplinar é traduzida na prestação de cuidados de saúde de qualidade em que o EEEMC assume um papel fulcral.

No entanto, não só as noções sobre a importância do trabalho de equipa contribuíram para a aquisição de novas competências. A partilha de responsabilidades com o ET e a relação de tutoria estabelecida foram grandes responsáveis pelo meu desenvolvimento de capacidades de resolução de problemas e de pensamento criativo.

A relação de tutoria é caracterizada como uma relação intensa entre quem possui pouca experiência numa determinada área e quem já detém um conhecimento significativo na mesma Abreu (2007). O reconhecimento da experiência, dos conhecimentos consolidados, claros e refletidos dos Enfermeiros Tutores sobre as mais variadas situações, motivaram-me para a constante procura de conhecimento e atualização capaz de produzir um discurso fundamentado e estruturado aquando momentos de reflexão, feedback e partilha de experiência

No estágio na **UCICT** foi-me proposto pelo ET a elaboração de um estudo de caso o qual se encontra remetido para o anexo IV deste relatório. A seleção do caso clínico diz respeito a um indivíduo submetido a cirurgia cardíaca complicada com paragem respiratória imediatamente após o procedimento de remoção dos fios de *pacemaker*. Este procedimento foi efetuado pelo enfermeiro segundo indicação médica e teve como complicação grave a laceração da parede do miocárdico pela ponta metálica do fio de estimulação no momento da tração

contínua, o que conseqüentemente originou o desenvolvimento de PCR por tamponamento cardíaco.

Considerando o potencial do desafio que me fora proposto para o meu desenvolvimento de competências de diagnóstico diferencial e de intervenção e para atualização de conhecimentos do ET, foi com muito interesse que abracei esta oportunidade de aprendizagem.

Nesta situação em particular, com a realização do estudo de caso pude desenvolver consciência crítica sobre a autonomia do enfermeiro nas ações interdisciplinares e até onde deverão ir os limites da sua responsabilidade em casos como o que apresento. Igualmente, ao aprofundar os meus conhecimentos consegui estabelecer uma melhor relação de ajuda com a família do doente, na medida em que me senti confiante a esclarecer todas as suas dúvidas sobre a situação clínica do mesmo.

Com a realização deste estudo de caso, considero que desenvolvi a prática gerindo e interpretando, de forma adequada, informação proveniente da formação inicial, da experiência profissional e de vida, e da formação pós-graduada, o que conseqüentemente me trouxe ganhos inigualáveis no meu percurso profissional.

A qualidade da supervisão que me foi disponibilizada foi fundamental no processo de construção do meu conhecimento profissional e pessoal, no desenvolvimento das minhas capacidades critico-reflexivas e na consolidação da identidade profissional. A par disso, a relação estabelecida com os ET nos diferentes campos de estágio e com a Enf. Orientadora permitiu-me adquirir referenciais identitários sobre o que perspetivo ser aquando me forem exigidas competências supervisivas na relação de tutoria estabelecida enquanto futura EEEMC.

Objetivo: Desenvolver a atuação em situações de paragem cardíaco-respiratória

O EEEMC dever estar preparado para dar resposta à instabilidade elétrica e hemodinâmica dos doentes por quem se responsabiliza. Assim, é exigido que os EEEMC saibam reconhecer e atuar prontamente em situações de carácter emergente desenvolvendo um grau altamente diferenciado na prestação de cuidados.

Neste sentido, desenvolver competências na reanimação constituiu um dos meus objetivos pessoais para este estágio. Assim, participei na assistência da vítima em contexto de PCR, em vários cenários assistenciais, nomeadamente, no domicílio e na via publica aquando o meu estagio no INEM, na SE e nas saídas com a equipa de Reanimação Intra Hospitalar durante a minha permanência no SU, e em contexto de pós operatório imediato de cirurgia cardíaca aquando o estágio na UCICT.

Através da minha participação na prestação de cuidados, pude treinar e aplicar o algoritmo de SAV nas mais diversas situações, observar as técnicas mais aprimoradas de reanimação, e desenvolver capacidade de atuação perante a família nos minutos precedentes a ressuscitação cardíaco respiratória. Tal fato, munuiu-me de confiança na abordagem do doente crítico e aumentou a eficácia dos cuidados globais por mim prestados.

No decorrer do estágio do **SU** pude acompanhar a equipa de reanimação intra hospitalar (RIH) numa emergência por tamponamento cardíaco durante a realização de cateterismo cardíaco na sala de hemodinâmica, o que me fez desenvolver destreza no estabelecimento de prioridades através da interiorização do algoritmo ABCDE.

À chegada o doente encontrava-se agitado, com sinais marcados de dificuldade respiratória, nomeadamente cianose da face e pescoço, e ingurgitamento das

jugulares. Perante a eminência de paragem cardíaca respiratória decide-se pela intubação endotraqueal (EET) e início de ventilação mecânica. Por trabalhar numa UCIP, encontro-me muito familiarizada com este tipo de técnica, no entanto, aquando a realização da mesma em situações de emergência, denoto que a mesma assume uma complexidade inesperada. Sob a minha perspetiva, considero que a falta de controlo do pessoal e ausência da interiorização dos papéis individuais fundamentais ao trabalho de equipa, torna esta técnica em contexto de emergência intra-hospitalar mais difícil, refletindo-se em termos de gastos desnecessários de material (frequentemente são abertos mais do que um tubo orotraqueal devido a existir mais do que uma pessoa a preparar o material) e de atraso para o procedimento de intubação. Saliento a minha afirmação, pela dificuldade em reunir todo o material, e pelo stress notório do médico que o obriga a múltiplas tentativas de EET.

Deste modo, considerando que o ET se encontrava responsável pela assistência na EET, procedi à preparação dos fármacos necessários para a sedo-analgesia e curarização do doente. Aquando me foi dado a conhecer o saco de emergência do RIH, foi possível verificar a inexistência de fármacos sedativos na sua constituição. Como argumento, considerou-se a existência dos mesmos nos carros de emergência dos serviços. Assim, abri de imediato o carro de emergência da sala de hemodinâmica e foi com enorme espanto que verifiquei que o mesmo se encontra altamente desorganizado e desprovido de material. Saliento a minha afirmação pela ausência de fentanil, etomidato na prateleira destinada aos fármacos e a presença de compressa, múltiplos cateteres venosos periféricos e seringas na divisão destinada ao material necessário à EET. Perante a minha constatação, coube-me procurar alguém do serviço capaz de me indicar onde podia encontrar os fármacos necessários, o que atrasou significativamente toda a dinâmica inerente ao procedimento. Paralelamente, pude constatar que a sala dispunha apenas de 2 ampolas de fentanil aquando esta situação o que me levou a refletir a importância do EEEMC na responsabilidade dos carros de emergência dos serviços cumprindo com as orientações das DGS que nos dizem que os carros de emergência devem ser organizados de forma uniforme e

específica para cada serviço, quanto ao seu conteúdo e disposição do material, de forma a construírem um meio facilitador na assistência do doente crítico.

A assistência emergente deste doente passou pela colocação de um cateter venoso central na veia femoral, de modo a proporcionar um acesso mais seguro à circulação sistêmica, uma vez que este permite a administração de medicamentos que pode provocar lesão de tecidos quando ocorre extravasamento a partir de um acesso venoso periférico, nomeadamente vasopressores e soluções hipertônicas de bicarbonato de sódio e cálcio. Além disso, o acesso venoso central possibilita a monitorização da pressão venosa central que neste caso era fundamental para perceber a volémia do doente. A opção pela via femoral prendeu-se pelo fato de se tratar de uma veia de maior calibre e por isso ser de mais fácil colocação, para além de não interferir com as manobras de reanimação.

No entanto, a colocação de um acesso central durante uma emergência inclui um risco acrescido de infeção, pelo que se deve considerar a retirada do mesmo aquando atingida a estabilidade hemodinâmica do doente na UCI (PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLO DE INFEÇÃO ASSOCIADA A CUIDADOS DE SAÚDE, 2006).

Neste caso em particular, a reversão do quadro clínico passou pela realização de pericardiocentese como tentativa de reversão do tamponamento. Simultaneamente, foi chamada a equipa de cirurgia cardiorácica que estava preparada para realizar esternotomia de urgência, caso a reversibilidade do tamponamento não fosse conseguido. No decurso, procedeu-se a fluoroscopia enquanto meio capaz de perceber as alterações circulatórias que o doente padecia. Verificado o rompimento de um vaso sanguíneo, a equipa de hemodinâmica procedeu à embolização do mesmo em simultâneo com a equipa de cardiologia responsável pela pericardiocentese. À equipa de RIH coube a tarefa de assegurar a ventilação invasiva e de injeção do sangue aspirado diretamente do pericárdico, através do cateter venoso central previamente colocado. A mim, enquanto elemento extra, coube-me a colheita de gasimetria, a

vigilância dos sinais vitais e a gestão de noradrenalina face ao objetivo instituído, nomeadamente, pressões arteriais médias de 65 mmHg.

Estabilizada a situação, coube-nos trazer o doente até à sala de emergência onde aguardou pela existência de vagas em cuidados intensivos.

Esta situação possibilitou o meu contato com uma situação extrema de reanimação onde pude considerar a importância do trabalho de equipa, do controlo do espaço físico e da necessidade da atualização de conhecimentos para a melhoria da funcionalidade do processo de ressuscitação. A importância do EEMC em situações como aquelas que aqui descrevo, reflete-se na eficácia, eficiência e resposta atempada, pois através da sua presença a articulação entre equipas e serviços é melhorada, tendo como consequência a melhoria dos cuidados prestados ao doente crítico.

Conforme supra citado, foram várias as PCR que tive oportunidade de intervir. No entanto, as ocorridas em contexto de domicílio tiveram uma dificuldade acrescida, nomeadamente, no que respeita à relação de ajuda de ajuda com a família /pessoa significativa do doente em estado crítico.

No estágio do **INEM**, nas situações que intervim na ressuscitação cardiorrespiratória pude observar que a família se manteve afastada do cenário de reanimação mas perto o suficiente para perceber a ansiedade que se vivia em torno daquele momento. Ciente de que a perceção do estado de PCR é sempre motivo de grandes emoções para a família, saliento a situação particular de uma mulher, que culpava em voz alta o hospital que dera alta ao marido dois dias anteriores da ocorrência de PCR. Estas situações levaram-me a questionar se a presença dos familiares durante procedimentos invasivos como as manobras de Suporte Avançado de Vida (SAV) seria benéfico ou traumatizante para os mesmos.

A presença dos familiares durante as manobras de reanimação tem vindo a ser alvo de estudo nos últimos anos de modo a perceber quais as suas vantagens e desvantagens. Num estudo levado a cabo no Canadá dirigido a enfermeiros

membros do *Canada Association of Critical Care Nurses*, foram identificados como benefícios uma melhor aceitação da morte por parte da família, verificação dos esforços feitos pela equipa, o facto de a equipa relacionar o doente a uma história de vida de alguém, a sua envolvente familiar e a possibilidade do familiar proporcionar apoio e conforto à vítima naquelas que poderão ser as suas últimas horas despedindo-se da mesma (MCCLEMENT, FALLIS, PEREIRA 2009).

Uma investigação realizada no Reino Unido concluiu que os familiares que assistiram a manobras de reanimação tiveram uma menor incidência de stress pós-traumático, bem como, uma menor incidência de processos judiciais contra os profissionais, uma vez que, têm oportunidade de verificar que tudo é feito para tentar recuperar a vítima. (COTTLE, 2008)

A presença da família também acarreta riscos tanto para os profissionais como para a própria família. Nos profissionais de saúde pode gerar sentimentos de ansiedade e incapacidade para lidar com a situação, bem como, receio da sua prática estar a ser avaliada e ser passível de ser colocada em causa através de um processo judicial. Para a família, os riscos podem ser físicos, como não se afastarem da cama aquando da desfibrilhação, ou psicológicos como o trauma resultante da visualização de procedimentos invasivos no seu familiar, no seu ente querido. (MCCLEMENT, FALLIS, PEREIRA 2009).

O Conselho Europeu de Ressuscitação reconhece a importância da presença da família no ato de reanimação, enfatizando a necessidade de existir uma pessoa que não esteja a participar nas técnicas de SAV que preste cuidados à família. Este elemento é denominado por suporte familiar, ou facilitador familiar e pretende-se que torne a vivência da pessoa significativa o melhor possível, tendo em conta as circunstâncias. Para tal, deverá preparar previamente a pessoa para o que irá testemunhar, estabelecendo limites e fornecendo informações acerca dos procedimentos e dos seus efeitos. Este também deverá encorajar o familiar a permanecer ao topo ou aos pés da cama, estabelecendo contacto físico com a vítima (COTTLE, 2008). A pessoa significativa terá um papel importante em situações em que terá de ser tomada uma decisão relativamente à suspensão de

medidas de reanimação, conferenciando com os restantes familiares e a equipa de saúde (COTTLE, 2008). No entanto, o papel da pessoa significativa pode significar um constrangimento acrescido quer para a equipa, quer para o familiar pelo peso da decisão tomada. Neste sentido, com vista a redução de sentimentos de culpa e de lutos patológicos, cabe aos profissionais de saúde consciencializar que a tomada de decisão é um ação conjunta, exigindo abertura e partilha entre todos considerando sempre o melhor interesse para o doente.

O enfermeiro é considerado o profissional ideal para desempenhar este papel, não só pelas suas competências a nível de SAV, como também a nível da relação humana (COTTLE, 2008). Assim, no decorrer da assistência a indivíduos em PCR não revertida em contexto domiciliário procurei desenvolver competências na transmissão de informação à família presente e demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com esta através da transmissão de más notícias. Esta constitui uma informação que produz uma alteração negativa nas expectativas da pessoa acerca do seu presente e/ou futuro, afetando o domínio cognitivo, emocional e comportamental da pessoa que a recebe e que persiste durante algum tempo após a sua receção (JESUS, 2007).

Deste modo, em todas as situações de PCR que prestei assistência, infelizmente a maioria não revertidas, fez parte da minha intervenção a comunicação da morte à família. Apesar de ser comum atribuir ao médico a responsabilidade de transmitir más notícias, há outros profissionais de saúde que desempenham papéis importantes, nomeadamente os enfermeiros. Dada a sua pertinência junto dos doentes, a sua posição hierárquica ou a facilidade em penetrarem no seu universo simbólico, os enfermeiros estabelecem uma relação de proximidade com os doentes que lhes permite dispor de informações uteis (THELAN, 1994).

A comunicação da morte constituiu os momentos mais complicados e emocionalmente difíceis que vivi neste estágio. Saliento a minha afirmação pela escassez de tempo que me vi envolvida para conhecer as necessidades das

famílias em termos de suporte emocional e espiritual capazes de reduzir o seu sofrimento na altura da comunicação das más notícias.

No sentido de colmatar esta dificuldade e de desenvolver habilidades de transmissão de más notícias de forma a providenciar um melhor cuidado considere pertinente pensar previamente na maneira como comunicar servindo-me das indicações relativas à comunicação de más notícias descritas na literatura e abordadas no decorrer das aulas do MEEMC.

Com o intuito de minimizar o impacto da má notícia, Buckman (1992) elaborou um protocolo de como as transmitir. Quando aplicado adequadamente, é de grande utilidade tanto para o profissional como para a pessoa e família que recebe a notícia. Buckman denominou-o de protocolo SPIKES, correspondendo cada letra a uma etapa do protocolo: S – *Setting*, postura do profissional; P – *Perception*, percepção do doente; I – *Invitation*, troca de informação; K – *Knowledge*, conhecimento; E – *Explore emotions*, explorar emoções; S – *Strategy and summary*, estratégias e síntese. O protocolo de Buckman consta de seis etapas, pois tenta evitar que o profissional informe a todo o custo, ou seja, a informação é transmitida se a pessoa quiser, pois só a partir da quarta etapa é partilhada essa informação e se o profissional se aperceber que a pessoa deseja obter a informação que tem a fornecer, salvo nas situações de morte cuja informação é obrigatoriamente transmitida.

Estar consciente das próprias reações, preocupações e sentimentos é extremamente importante para que o enfermeiro possa manter uma boa relação com o doente e família e, quando se comunica más notícias. Por essa razão é recomendável que depois da comunicação de uma má notícia, o enfermeiro reserve um tempo para conferir as próprias, pois reconhecê-las permitirá uma sensibilidade maior e uma melhor habilidade, assim como deve permitir reações e expressão de sentimentos às pessoas a quem transmitiu a má notícia

Apesar de no estágio do **SU**, dado o meu papel de estudante do MEEMC, não me ter sido incutida a responsabilidade direta pela transmissão de más notícias,

através do acompanhamento do ET nesta missão pude intervir através da promoção e zelo por um ambiente terapêutico e seguro, respeitador da dignidade do doente e família. Deste modo, após ter sido comunicada a notícia demonstrei apoio e compreensão e respeitei sempre o choro e o silêncio das famílias. Com recurso a uma linguagem clara e firme, procurei responder às suas questões de forma simples, clara, honesta e direta.

A consecução desta atividade de estágio assumiu-se como muito importante para o meu desenvolvimento profissional, na medida em que me permitiu adquirir perícia e prudência capazes de melhorar a forma como comunico as más notícias.

A consecução e o contributo da realização destas atividades permitiram o desenvolvimento das competências do EE:

- **Basear a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de desenvolvimento;**
- **Desenvolver pensamento crítico/reflexivo no domínio da especialidade em EMC, referentes à pessoa /família em situação crítica,**
- **Desenvolver o auto conhecimento e a assertividade no âmbito da supervisão clínica de enfermagem**

3. CONCLUSÃO

Os cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica são cuidados diferenciados, prestados de forma contínua, dirigidos a pessoas em risco de alterações das funções vitais com alta vulnerabilidade a lesões permanentes ou morte, tendo como principal objetivo a sua rápida estabilização perspetivando a prevenção de complicações e a sua recuperação total. Deste modo, assumem contornos específicos pelas características intrínsecas ao atendimento das situações instáveis e severamente ameaçadores à vida e a recuperação do doente.

Neste sentido, a prestação de cuidados ao doente crítico exige dos EEEMC um saber atualizado e especializado que implica um conhecimento aprofundado sobre a pessoa, para além da existência de um pensamento crítico assente nos pilares da prestação de cuidados seguros e com a maior qualidade possível que lhe permitam atuar de forma autónoma e interdependente, no sentido de dar resposta às necessidades de cuidados do doente e respetiva família.

O aumento da complexidade dos problemas de saúde, do desenvolvimento das tecnologias, no âmbito do diagnóstico e tratamento constituem um desafio constante à prática de enfermagem. Assim, o conhecimento atual, especializado e diferenciado baseado na evidencia mais recente fazem parte da atuação do EEEMC nas áreas de atendimento do doente crítico, nomeadamente, no serviço de Urgência, na Unidade de Cuidados Intensivos e na Assistência Pré Hospitalar. O ambiente de cuidados intensivos é reconhecido como muito particular, onde as mais aprimoradas tecnologias se cruzam com uma vigilância atenta de enfermagem e com uma série de intervenções que visam combater a ameaça à vida e à integridade do doente e dos seus familiares. Neste sentido, a presença do EEEMC nas Unidades de Cuidados Intensivos é fundamental para a promoção

da saúde, para o tratamento da doença e para a readaptação funcional nos diferentes contextos de vida (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2011) através do grau elevado de juízo clínico que permite ao EEEMC detetar alterações comprometedoras do bem estar do doente e família de forma mais precoce possível.

A particularidade do ambiente vivido nos SU, torna fundamental a presença do EEEMC na medida em que é exigido um domínio alargado e aprofundado dos saberes de Enfermagem, grande capacidade para lidar com o imprevisto, capacidade de observação e análise de situações, com vista a estabelecer prioridades assistenciais rapidamente, destreza manual e rapidez na ação, autocontrolo emocional para fazer face a situações de grande tensão e grande facilidade de comunicação tendo em vista o trabalho em equipa e a articulação com os restantes sectores do hospital.

Na assistência pré-hospitalar o papel preponderante do EEEMC vê-se através da sua formação humana, técnica e científica e das suas competências intrínsecas de liderança e de planeamento de cuidados. Tal fato, é fundamental para a adequada prestação de cuidados em contextos de maior complexidade e constrangimento como aqueles que são prestados em contexto de via pública ou de domicílio onde a tomada de decisão assume um grau de dificuldade acrescido e o controlo de todo o ambiente circundante se torna prioritário.

Em suma, cabe ao EEEMC enquanto membro das equipas multidisciplinares que prestam assistência ao doente crítico nas valências supra citadas, ser detentor de competências específicas que lhe permitam julgar, planear e atuar de forma autónoma e interdependente considerando a excelência dos cuidados que presta e dignificando a profissão de enfermagem em todos os atos da sua prática, conforme pude expor no decorrer deste documento.

A prática reflexiva que desenvolvi durante o estágio permitiu-me detetar necessidades que visaram a melhoria dos cuidados prestados contribuindo para a excelência do cuidar preconizada pelos sistemas da qualidade. Entre elas, enalteço o trabalho desempenhado sobre o Delirium, sobre a Dor, a Síndrome de *Burnout* e sobre o Controlo de Infecção. Para além disso, pude colaborar na gestão dos cuidados ao contribuir para uma melhor organização do plano de cuidados e dos recursos materiais adaptadas às necessidades da equipa, promovendo uma eficiente utilização de recursos. Desenvolvi competências comunicacionais quer com o doente e família/pessoa significativa ao estabelecer a relação de ajuda, utilizando técnicas de comunicação adequadas, em situações de grande stress, aos familiares, e na promoção do contacto entre doente e família/pessoa significativa promovendo a diminuição da ansiedade e medo relacionados com o internamento e com as situações de urgência. Também utilizei um discurso técnico e fundamentado ao comunicar com equipa multidisciplinar para abordar questões complexas inerentes às situações problemas detetadas e um discurso verdadeiro e ajustado ao doente a família em situação de crise.

Ao longo do estágio nos diferentes módulos, foram múltiplas as dificuldades com que me deparei, desde a necessidade de uma boa gestão do tempo para realizar todas as tarefas a que me propus, passando pelo exercício do trabalho em locais nos quais não tinha experiência, até o assumir um papel de Enfermeira Especialista, que exige uma postura altamente diferenciada.

Devo ainda salientar a realidade atual que se vive no seio das instituições hospitalares, relativamente ao número acrescido de horas extra de trabalho e as condições de trabalho que atualmente são oferecidas aos enfermeiros. Tais fatos, refletiram-se na dificuldade acrescida em conciliar o horário de estágio com o horário de trabalho, e estiveram presentes na recetividade demonstrada pelas equipas dos vários serviços, compreendendo as minhas dificuldades pois eles próprios encontravam-se visivelmente desmotivados e cansados. No entanto,

tenho a consciência que foi este caminho que me forneceu as ferramentas para exercer cuidados de enfermagem especializados a nível do doente crítico.

A realização dos módulos de estágio no SU e no INEM permitiram-me conhecer as realidades da atuação de enfermagem em contextos diferentes da minha realidade profissional, permitindo-me desenvolver destreza e confiança na abordagem ao doente crítico. Já o estágio na UCICT permitiu-me levar algumas sugestões de mudança para o serviço onde trabalho perspetivando uma melhor capacidade de responder às necessidades dos doentes. No entanto, o contato com a realidade vivida na UCICT também me faz valorizar muitas das praticas desempenhadas pela equipa da UCI onde trabalho, consciencializando-me que caminhamos na direção certa da excelência dos cuidados prestados ao doente crítico.

O balanço do estágio é muito positivo. Tal facto foi possível pelo esforço na concretização dos objetivos propostos, pela motivação acrescida que me foi dada pelas equipas multidisciplinares que integrei, pela relação de tutoria estabelecida com os ET, pelo apoio da Enfermeira Orientadora e pelos momentos de partilha com os restantes colegas do MEEMC durante as sessões de orientação tutorial.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ✓ ABREU, W. (2007) - Formação e aprendizagem em Contexto Clínico: Fundamentos, Teorias e Considerações Didáticas. Coimbra: Formasau
- ✓ ACQUA, M.; ARAUJO, V.; SILVA, M.. (2008) Toque: qual o uso atual pelo enfermeiro? Rev. Latino am. Enfermagem, Ribeiro Preto, v. 6, n. 2, p. 17-22, abril 1998
- ✓ AGUIAR, A; COSTA, R.; WEIRICH, C.,; BEZERRA, A. (2005) - Gerência dos Serviços de Enfermagem: Um Estudo Bibliográfico. Revista Eletrônica de Enfermagem. Vol 7, nº. 3, p. 319 – 327. [Consultado em 10 de Fevereiro de 2015]. Disponível em http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_3/original_09.htm.
- ✓ AGUIAR, J. (2009) - Delirium Pós-Operatório: Uma Situação Frequente, Pouco Reconhecida e com Impacto na Morbidade. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Universidade do Porto [Consultado Setembro de 2014]. Disponível em [http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/21153/2/Delirium%20PsOp Uma%20Situao%20frequente%20pouco%20reconhecida%20e%20com%20 impacto%20na%20morbilidade%20Joao%20Paulo%20Cordeiro%20Aguiar. pdf](http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/21153/2/Delirium%20PsOp%20Uma%20Situao%20frequente%20pouco%20reconhecida%20e%20com%20impacto%20na%20morbilidade%20Joao%20Paulo%20Cordeiro%20Aguiar.pdf)

- ✓ ALLEN, J; ALEXANDER, E (2012) – *Prevention, recognition, and management of delirium in the intensive care unit. AACN Advanced Critical Care*, 23 (1). 5-11
- ✓ BEAUCHAMP, T., CHILDRESS, J. (1999) – *Princípios de Ética Biomédica*. 1ª ed. (4ª Ed.Original). Barcelona: Masson S.A
- ✓ BENNER, P. (2001). *De iniciado a perito - excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora
- ✓ BETTINELLI, L; ROSA, J; ERDMANN, A. (2007)- *Internação em unidade de terapia intensiva: Experiência de familiares*. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 28:3 377-384.
- ✓ BOISSEAU N, RABARY O, PADOVANI B, STACCINI P, MOUROUX J. (2001)- *Improvement of dynamic analgesia does not decrease atelectasias after thoracotomy. British Journal of Anaesthesia*. 2001;87: 564-9. [Consultado Outubro de 2014]. Disponível em <http://bjaoxfordjournals.org/content/87/4/564.short>
- ✓ BROOKS, P.; SPILANNE, J.; DICK, K. (2014) - *Developing a Strategy to Identify and Treat Older Patients With Postoperative Delirium*. *AORN Journal*, 2014; 99 (2): 256-76

- ✓ BUCKMAN, R (1992) - *How to break bad news: A guide for health care professionals. The Journal of the Canadian Chiropractic Association*. [em linha]. Vol. 37, Nº 2 (Junho, 1993) p. 121-122. [Consultado Março de 2015]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2484975/>
- ✓ CARTA DOS DIREITOS DO DOENTE INTERNADO (2006) – Ministério da Saúde Direcção-Geral da Saúde
- ✓ CÓDIGO DEONTOLÓGICO DO ENFERMEIRO (2005) Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros
- ✓ COMASSETTO, I.; ENDERS. (2009);– Fenômeno vivido por familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva. *Rev Gaúcha Enferm.* Porto Alegre. 30:1 46-53.
- ✓ COMISSÃO DE CONTROLO DE INFEÇÃO – Guia de Procedimentos: Manutenção do Cateter Vascular Central. Centro Hospitalar São João
- ✓ CONLEY, D. (2011) - *The Gerontological Clinical Nurse Specialist's Role in Prevention, Early Recognition, and Management of Delirium in Hospitalized Older Adults*. *Urol Nurs.* ;31(6):337-42;
- ✓ COTTLE, E. (2008). *Role of the family support person during resuscitation. Nursing Standart.* 23(9): 43-7. [Consultado em Junho 2014]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19014142>

- ✓ DECLARAÇÃO UNIVERSAL BIOTICA DOS DIREITOS HUMANOS (2005)
– Unesco
- ✓ DECRETO DE LEI Nº33/09 DE 14 DE JULHO – Diário da Republica.
Portugal
- ✓ DELIBERAÇÃO Nº 14/2011– Acompanhamento dos Doentes Urgentes.
Instituto Nacional de Emergência Médica
- ✓ DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (2013) – Circular Normativa de 14 de Junho
de 2003
- ✓ FARIA, R.; MORENO, R.; (2013) - Delirium na unidade de cuidados
intensivos: uma realidade subdiagnosticada Rev. bras. ter.
intensiva vol.25 no.2 São Paulo ISSN 0103-507X
- ✓ FONTES, A; FERREIRA, A (2009) - Do outro lado da porta : falar com a
família numa unidade de cuidados intensivos. Revista Sinais Vitais.
Coimbra. ISSN 0872-0844. 85 33-38
- ✓ FROES F, PAIVA J, AMARO P, BATISTA J, BRUM G, BENTO H (2007) -
Documento de consenso sobre Pneumonia Nosocomial. Sociedade
Portuguesa de Pneumologia e Sociedade Portuguesa de Cuidados
Intensivos. Rev Port Pneumol. 2007; 13:419-8

- ✓ FROST, P. (2007). *Recognition and early management of the critically ill ward patient. British Journal of Hospital Medicine*. Acedido em 27 de Janeiro, 2015, em <http://www.ucl.ac.uk/anaesthesia/StudentsandTrainees/RecogniseCriticalIllness.pdf>
- ✓ HESBEEN, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem: Pensamento e Ação na Perspectiva do Cuidar*. Loures: Lusociência.
- ✓ GRUPO PORTUGUÊS DE TRIAGEM (2002)– *Triagem no Serviço de Urgência – Manual de Serviço*. Grupo de Triagem de Manchester, 2ª Ed. Maio, 2002.
- ✓ INABA, L.; SILVA, M.; TELLES (2005), S. - Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem. [Consultado Dezembro de 2014]. *Revista Escolar de Enfermagem*. Universidade de São Paulo 2005; 39(4):423-9 Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n4/07.pdf>
- ✓ JESUS, É. (2007) - A comunicação de más notícias [em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2007. [Consultado em Junho 2014]. Disponível em: <URL:<http://www.ordemenfermeiros.pt/index.php?page=103&view=news:Print&id=380&print=1>>
- ✓ LAW, T.; LEISTIKOW, N; HOFFRING, L.(2012) - *A survey of nurses' perceptions of the intensive care delirium screening checklist*.

- ✓ LOESER, J. & MELZACK, R. (1999) - *Pain: an overview. Medline* ;353(9164):1607-9. [em linha]. [Consult. 10 Jun. 2014]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10334273>

- ✓ MARINI, C (2013) CONTROLO DA DOR NO DOENTE URGENTE/EMERGENTE. Tese de Mestrado Integrado em Medicina 2013. Universidade do Porto. Instituto de Ciências Médicas Abel Salazar

- ✓ MARTINS, C. (2007). – A família e a hospitalização/participação da família no cuidar. *Servir*. Lisboa. ISSN 0871 2370. Vol. 48, nº 3 (Maio/Junho 2000), p. 133-135

- ✓ MARTINS, M. (2000). Uma crise accidental na família. O doente com AVC. Coimbra: Editor Formasau.

- ✓ MATOS, E. (1997) A colaboração escola. *Serviços, Nursing*, ano 10, nº114, p. 31 – 34

- ✓ METZGER, C.; SCHWETTA, M.; WALTER, C. (2002) – Cuidados de Enfermagem e Dor. Loures: Lusociência, 281 p. ISBN 972-8383-32-0.

- ✓ MCCLEMENT, S.; FALLIS, W. & PEREIRA, A. (2009) - Family Presence During Resuscitation: Canadian Critical Care Nurses Perspectives. *Journal of Nursing Scholarship*. 41(3): 233–40.

- ✓ MENDONÇA, K; NEVES HCC, BARBOSA D.; SOUZA A.; TRIPPLE A.; Prado M. (2011) – Atuação da Enfermagem na Prevenção e Controlo de Infecção de Corrente Sanguínea relacionada a Cateter. Revista Enfermagem UERJ. Rio de Janeiro, 2011. [Consultado Setembro de 2014]. Disponível em URL: <http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a26.pdf>
- ✓ MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIREÇÃO DOS SERVIÇOS DE PLANEAMENTO. (2003). Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- ✓ NEVES A.; GIUSTINA K. (2005) – Estudo sobre Delirium em Pós-Operatório de Cirurgia Cardíaca, em um Hospital de Alta Complexidade da Região Sul de Santa Catarina. [Consultado Setembro de 2014]. http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wpcontent/uploads/2014/04/amanda_fernandes_candido_neves.pdf
- ✓ NORTON, C (2007) - A experiência da família com a doença crítica. 8ª ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, cop. 2007. XXXIX, [16] f. il., ISBN 978-85-277-1267-5. p. 3-11.
- ✓ NUNES, L. (2006) – Autonomia e Responsabilidade na Tomada de Decisão Clínica em Enfermagem. [Em linha] [Consultado Junho 2014]. Disponível http://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/Documents/II%20Congresso%20006/IICong_ComLN.pdf
- ✓ OLSON, T. (2012) - *Delirium in the intensive care unit: role of the critical care nurse in early detection and treatment. Dynamics.* 23 (4): 32-6.

- ✓ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1996). *Cancer Pain Relief*, 2ª ed., Genebra, 1996

- ✓ ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001) – Passagem de turno junto aos doentes, em enfermarias: parecer do Conselho Jurisdicional 20/2001. Ordem dos Enfermeiros.
http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer_CJ_20-2001.pdf

- ✓ ORDEM DOS ENFERMEIROS (2002) – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos [Em linha] [Consultado Novembro 2014]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>

- ✓ ORDEM DOS ENFERMEIROS - (2003) Regulamento das Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais Ordem dos Enfermeiros. Consultado a 07 de Novembro de 2014, em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf

- ✓ ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009) - Caderno Temático Modelo de Desenvolvimento Profissional: Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE); Individualização e reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem, Perfil de Competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros Disponível em [http://: www.ordemenfermeiros.pt](http://www.ordemenfermeiros.pt).

- ✓ ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. (s/l): Ordem dos Enfermeiros. Consultado a 07 de Novembro de 2014, em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf

- ✓ ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011) – Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. [Em linha] [Consultado Novembro 2014]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEPessoaSituacaoCritica.pdf>

- ✓ ORDEM DOS MÉDICOS & SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS (2008). Transporte de doente crítico - recomendações. Lisboa: Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos

- ✓ PAULO, J. (2003): Ajudar o doente com dor: bem avaliar para melhor intervir. Revista .Dor.. Volume 11, Número 4, 2003 ISSN: 0872-4814

- ✓ PIMENTA C, SANTOS E, CHAVES L.; MARTINS L.; GUTIERREZ,B. (2001) Controle da dor no pós-operatório. Rev. Esc. Enf. USP. 2001 jun;35(2):180-3 [Consultado Outubro de 2014 Disponível em file:///C:/Users/user/Downloads/41229-49241-1-PB%20(1).pdf

- ✓ PLANO NACIONAL DA SAÚDE (2011-2016) MINISTÉRIO DA SAÚDE – [Em linha] [Consultado Novembro 2014]. Disponível em URL: <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/>

- ✓ PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLO DA DOR (2010): Centro Nacional de Observação em Dor - OBSERVDOR

- ✓ PROGRAMA NACIONAL DE PREVENÇÃO E CONTROLO DAS INFEÇÕES ASSOCIADAS A CUIDADOS DE SAÚDE (2006) – Recomendações para prevenção da infeção associada a dispositivos intravasculares. (Acesso em 01 de Novembro de 2014). Disponível em: <http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?id=5514>

- ✓ RABIAIS, I (2009) - Unidades de Cuidados Intensivos. Material de apoio às aulas de Enfermagem Médico-Cirúrgica II - Módulo I - Unidades de Cuidados Intensivos, do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde do Porto, da Universidade Católica Portuguesa.

- ✓ REGULAMENTO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS (1996) Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro. Ordem dos Enfermeiros

- ✓ REGULAMENTO N.º 124/2011- Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Ordem dos Enfermeiros

- ✓ ROY, C.; & ANDREWS, H. 2001 Teoria da enfermagem: o modelo de adaptação de Roy. Lisboa: Instituto Piaget
- ✓ SARAIVA, D; MARTINHO, T. (2011) Comunicar com o doente em estado crítico Revista Nursing. Nursing suplemento, nº 270. - Lisboa : Serra Pinto, 2011. - Ano 23, pp.8-14
- ✓ THELAN, L., DAVIE, J., URDEN, L.; LOUGHT, M. (1994). Enfermagem em cuidados intensivos – intervenção e diagnóstico (2.^a ed.). Lisboa: Lusodidacta – Sociedade Portuguesa de Material Didático, Lda.
- ✓ URDEN, L; STACY, K; LOUGH, M (2010) - Enfermagem de cuidados intensivos : diagnóstico e intervenção - 5^a ed. - Loures : Lusociência, 2008. - XXV, 1265p. ISBN 978-989-8075-08-6. URIZZI, Fabiane ; CORRÊA, Adriana Katia – Vivências de familiares em terapia intensiva : o outro lado da internação. Rev. Latino-am Enfermagem.
- ✓ VELEZ, C (2002) - Expectativas dos familiares de doentes internados na UCI face aos enfermeiros. Nursing. Lisboa. ISSN 0871-6196. A 14:168 17-20.

ANEXOS

ANEXO I

Caraterização do Local de Estágio do Módulo I (SU– CHSJ)

CARATERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar de S. João

O SU do HSJ é uma urgência polivalente, sendo um serviço de referência para toda a região norte de Portugal.

No que respeita aos recursos humanos, este serviço é composto por uma equipa multidisciplinar composta por Enfermeiros, Médicos, Assistentes Operacionais, Técnicos de Cardio-Pneumologia e Assistente Social.

A Equipa de Enfermagem é composta por cerca de 90 enfermeiros, entre os quais Enfermeiro Chefe e dois Enfermeiros Especialistas a desenvolver atividades de gestão, predominantemente no turno da Manhã. Os restantes enfermeiros encontram-se divididos em cinco equipas, cada uma com 18 elementos assumindo um deles o papel de Coordenador de Equipa (e um Subcoordenador, que o substitui) que é um elo de ligação entre a Enfermeira-Chefe e os seus elementos.

Cada equipa de enfermagem tem uma dotação semelhante no que concerne a elementos com formação em Suporte Avançado de Vida (SAV), em Suporte Imediato de Vida (SIV) e em Triagem de Manchester (STM). Em cada turno estão ao serviço dezassete enfermeiros (dois na Triagem, um na Área da Psiquiatria, quatro na Área Amarela, dois na Área de Ortopneumologia/ Pequena Cirurgia, quatro na Área Laranja/ UCP, três na Sala de Emergência e o coordenador da equipa, que não estando alocado a nenhuma área, é o responsável pela gestão dos cuidados, materiais e medicamentos, na ausência da chefe, e pela elaboração do plano de trabalho, podendo também assumir setores em caso de grande fluxo de doentes ou de transportes extra-hospitalares), não contabilizando

os elementos de chefia/ gestão, e podendo este número sofrer pequenas oscilações associadas aos turnos noturnos ou em determinados dias da semana.

As atuais instalações do SU foram construídas de forma à estrutura física corresponder ao princípio da separação dos doentes pela prioridade do seu estado de saúde e da necessidade de atendimento (segundo o Sistema de Triagem de Manchester), sendo criados locais específicos e bem definidos para cada nível de cuidados.

Assim, a Triagem de Manchester para além de um sistema de apoio à tomada de decisão do enfermeiro na determinação das prioridades de atendimento consoante as alterações de saúde atuais do utente admitido em contexto de SU, é responsável pela alocação dos mesmos nas diferentes áreas do SU.

Este sistema tem por base um conjunto de fluxogramas com 52 discriminadores do mais grave para o menos grave de perguntas cuja resposta é sim/não. Se a resposta for sim a respetiva condição verifica-se e corresponde a uma cor, caso a mesma não se verifique continuar-se-ia a responder ao fluxograma até atingir uma nova condição e desse modo, uma nova cor.

Na tabela seguinte – Tabela 1 – apresentam-se as cores resultantes do fluxograma, a caracterização da situação a que se refere a cor, assim como o tempo expetável de espera entre a triagem e o atendimento.

Tabela 1.

Triagem de Manchester: cores, caracterização da situação e tempo de espera.

Cor	Caracterização da situação	Tempo de espera (esperado)
Vermelho	Emergente	0 minutos
Laranja	Muito Urgente	Até 10 minutos
Amarelo	Urgente	Até 60 minutos
Verde	Pouco Urgente	Até 120 minutos
Azul	Não Urgente	Até 240 minutos
Branco	Outras situações	Não definido

Conforme supra citado, o serviço divide-se por áreas, de acordo com a cor/condição obtida no anterior fluxograma. Assim, as áreas existentes no serviço são as seguintes:

- **Área de admissão e receção** - localizada à entrada do SU, aqui o utente realiza os processos administrativos necessários à sua admissão, alta e internamentos. Alocada a esta zona existe uma sala de espera, onde o utente aguarda a chamada para a Triagem.

Áreas Clínicas:

- **A triagem**: local de entrada da maior parte dos utentes, onde é realizada a Triagem de Manchester, sendo depois o utente encaminhado para a área apontada pela triagem. Daqui os utentes podem ainda ser encaminhados para o Otorrinolaringologista, Estomatologia ou Oftalmologia. É ainda possível os doentes saltarem a área da Triagem, caso cheguem ao Hospital por uma das Vias Verdes (VV), ou seja, entradas diretas para uma área da Urgência, normalmente

a Sala de Emergência. Existem quatro vias verdes, AVC, Coronária, Sépsis e Trauma

- **Sala de Emergência (Área Vermelha)**: São encaminhados para esta área os utentes que sejam triados como vermelhos, tenham traumas graves ou que sejam trazidos pelos meios de socorro pré-hospitalar numa via verde, como descrito anteriormente. É uma pequena sala com cinco camas. Ainda nesta sala, encontra-se um enfermeiro responsável pela RIH (Reanimação Intra-hospitalar), responsável pelos casos de paragens cardíacas ou respiratórias a nível hospitalar, juntamente com o médico destacado no turno.

- **Área Laranja**: Nesta área permanecem a maioria dos doentes que apresentam Dor Torácica ou Alteração do Estado de Consciência. Esta é uma área com cerca de 12 camas e uma pequena sala com divisórias em vidro, dirigidas para as necessidades de oxigenoterapia dos doentes de foro respiratório.

- **Área Amarela**: tempo de espera para atendimento médio de uma hora. Nesta área encontram-se utentes triados com pulseira amarela, passando a alocar os utentes de prioridade verde (duas horas) e azul (quatro horas) após as 0h. É uma sala grande e ampla, com uma forma de M, sendo que o primeiro corredor da esquerda ocupado por gabinetes médicos, o segundo por cabines com camas e o terceiro pela continuação da sala de espera da mesma área.

- **Área da Psiquiatria**: esta área é específica para utentes deste foro. O que não impede que, caso os mesmos sejam triados como amarelos ou vermelhos, não possam ser encaminhados para outras áreas, consoante a gravidade apresentada.

- **Área de Pequena Cirurgia e Ortopedia**: nesta área existe a zona de ortopedia, e a zona de pequena cirurgia. Na área de pequena cirurgia, onde a intervenção dos Enfermeiros é mais habitual, encontram-se os pequenos cortes,

queimaduras (desde que não numa elevada % do corpo), TCE (Traumatismo Crânio-encefálico) etc. A parte de ortopedia está a cargo fundamentalmente da equipa médica, cabendo-lhes a realização de talas gessadas ou demais procedimentos que não necessitam da intervenção de Enfermagem.

Áreas de humanização: de forma a melhorar o acolhimento e acompanhamento do doente e dos seus acompanhantes, existem no SU, o Gabinete de Apoio ao Acompanhante, onde o familiar/pessoa significativa pode saber informações sobre o doente ou pedir para ir ter com ele, salas de espera adjacentes a todas as áreas de atendimento, de forma a poderem aguardar o mais próximo possível do doente, assim como contactar com a equipa de saúde, e a Sala de acolhimento à família, local calmo, resguardado e com privacidade, onde a equipa de saúde presta todo o tipo de informações à família acompanhantes.

Outras Áreas: fazem ainda parte do SU, um Gabinete Assistencial, um posto da Polícia de Segurança Pública, e a área de Direção do SU e da Unidade Autónoma de Gestão da Urgência e Cuidados Intensivos. Existem também algumas áreas de urgências específicas que se encontram noutros locais do hospital, como é o caso de Otorrinolaringologia, Oftalmologia e Obstetrícia/ Ginecologia, embora mesmo nestes casos, a triagem inicial tenha que ser feita sempre no SU.

ANEXO II

Caraterização do Local de Estágio do Módulo II (UCICT – CHSJ)

CARATERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

Unidade de Cuidados Intensivos da Cirurgia Cardiotorácica do Centro Hospitalar de S. João

O Serviço de Cirurgia Torácica integra-se na UAG de Cirurgia do Centro Hospitalar São João e encontra-se dividido em quatro valências distintas, nomeadamente Unidade de Cuidados Intensivos na qual se encontra acoplada a Unidade de Cuidados Intermédios, o Internamento e o Bloco Operatório. A sua lotação é de 10 camas de Cuidados Intensivos, 10 camas de Cuidados Intermédios e 31 camas de Internamento.

No que concerne à sua missão, o serviço constituiu o centro de referência na Região Norte para o tratamento cirúrgico das patologias do foro cardiotorácico, estando dirigido a crianças, adolescentes e adultos.

A Equipa de Enfermagem da UCICT é composta por cerca de 61 enfermeiros, entre os quais a Enfermeiro Chefe e o Enfermeiro responsável pelas atividades de gestão, estando estes presentes semanalmente durante o turno da manhã; um Enfermeiro Especialista em Reabilitação presente nos turnos da manhã e da tarde, e pelos restantes enfermeiros que desenvolvem as suas atividades pelos turnos da manhã (das 8 horas às 15h30), da tarde (das 15h00 às 22h30) e noite (das 22h às 8h30). A dotação de enfermeiros é de 1 enfermeiro para 2 doentes cumprindo com as normas de dotações seguras propostas pela Ordem dos Enfermeiros (2014).

A equipa médica é constituída por 12 médicos especialistas em Cirurgia Cardiotorácica e 7 internos da especialidade. Presencialmente na UCICT encontra-se, pelo menos, um especialista e um interno da especialidade durante as 24h.

No que concerne aos Auxiliares de Ação são 20 elementos, estando presentes 3 no turno da Manhã e 2 nos turnos da Tarde e 1 no turno da Noite.

No que diz respeito à estrutura física de UCICT, a área destinada aos cuidados intensivos, dispõe de 7 camas distribuídas numa área comum “*Open Space*” e separadas por cortinas, 2 camas mais resguardadas destinadas preferencialmente a doentes de pediatria e um quarto de isolamento pensado para os transplantados cardíacos. Na área Intermédia existe também um quarto de isolamento, dois quartos com 2 camas em cada um deles e mais 5 camas distribuídas numa área comum e separadas também por cortinas.

Ambos os quartos de isolamento são apenas de contacto, não permitindo a alteração de pressões existentes nestes espaços.

Cada sala destinada a cuidados intensivos e a cuidados intermédios dispõe de uma central de enfermagem com 2 monitores de telemetria, um balcão de trabalho dos enfermeiros, um carro de emergência, e dois computadores equipados com o sistema de registo de enfermagem *SClinic*. Toda esta área é comum e ampla, permitindo sempre que vigilância atenta.

No que concerne às Zonas de Apoio, o serviço dispõe de um gabinete para a Enfermeira Chefe; um gabinete para o Diretor do Serviço; um gabinete de Enfermagem; dois gabinetes médicos; um armazém de *stock*; uma arrecadação de equipamentos suplentes; dois quartos de repouso; uma copa para o pessoal do serviço e uma copa para os doentes

A zona de acesso ao Serviço é constituída por uma casa de banho feminina; uma casa de banho masculina e uma sala de reuniões que funciona igualmente como um gabinete dirigido à receção das famílias.

As visitas estão sob autorização dos profissionais de saúde e da vontade do doente em as receber. Estas podem ser efetuadas junto à unidade do doente ao estando limitadas à presença física de somente uma pessoa. Contudo cada doente tem direito a receber dois visitantes, cabendo-lhes alternar entre si o número de entradas e saídas da UCICT entre o período das 17h30 e das 18h30.

ANEXO III

Caraterização do local de estágio do Modulo III (INEM)

Caraterização do Local de Estágio

Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM)

O início do processo de coordenação da assistência pré-hospitalar em Portugal remota a 1965, onde o serviço de primeiros socorros e transporte de feridos e doentes para o Hospital mais próximo estava a cargo da Polícia de Segurança Pública. Este serviço era ativado através de um número de emergência, o 115, inicialmente centrado em Lisboa, sendo posteriormente alargado às outras grandes cidades do país.

Em 22 de Novembro de 1971, foi criado o Serviço Nacional de Ambulâncias (SNA) encarregue por assegurar a orientação, a coordenação e a eficiência das atividades respeitantes aos cuidados pré hospitalares. Este era composto por ambulâncias medicalizáveis, equipamento sanitário e de telecomunicações e entregues à colaboração da PSP nas cidades de Lisboa, Porto, Coimbra e Setúbal. Nas restantes áreas, as ambulâncias foram entregues a corporações de Bombeiros.

Em 1980 é criado o “Gabinete de Emergência Médica”, que tinha como função a elaboração de um projeto que viesse a desenvolver e coordenar um Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM). Este baseou-se na metodologia do sistema francês *Service d'Aide Médicale d'Urgence* (SAMU), frequentemente referida como “*Stay and Play*” que é caracterizado pela estabilização do doente no terreno, com subsequente transporte do mesmo para meio hospitalar

Em 1981, tendo por base a “Cadeia de Sobrevivência” foi instituído o Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) cuja responsabilidade da sua coordenação foi atribuída ao Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM).

O INEM é um instituto público com autonomia administrativa e financeira, dirigido por um conselho diretivo, dependente do Ministério da Saúde. É um organismo central com jurisdição sobre o território continental, possuindo serviços de apoio centrais e três delegações regionais. Tem por missão definir, organizar, coordenar, participar e avaliar as atividades e o funcionamento de um SIEM de forma a garantir aos sinistrados ou vítimas de doença súbita a pronta e correta prestação de cuidados de saúde. (Diário da República, Decreto-Lei n.º 34/2012 de 14 de fevereiro de 2012; Artigo 3º)

O SIEM trata-se de um conjunto de entidades que cooperam com um objetivo: prestar assistência às vítimas de trauma ou doença súbita. Estas entidades são a Polícia de Segurança Pública (PSP), a Guarda Nacional Republicana (GNR), o INEM, os Bombeiros, a Cruz Vermelha Portuguesa, os Hospitais e os Centros de Saúde. O sistema começa quando alguém liga 112 - o Número Europeu de Emergência, e a ligação segue para uma central de emergência da PSP. O atendimento das chamadas compete à PSP e quando o motivo da chamada é relativo a situações de urgência e emergência na área da saúde, a mesma é encaminhada para o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) do INEM (Fig.1).

O primeiro CODU foi criado em 1987 em Lisboa. Atualmente existem três CODU em funcionamento: Lisboa, Porto e Coimbra, sendo a sua ativação distribuída nacionalmente durante 24 horas por dia. O funcionamento do CODU é assegurado por uma equipa de profissionais acreditados (Médicos, Psicólogos e Técnico de Operações em Telecomunicações (TOT)) com formação exclusiva para efetuar o atendimento, triagem, aconselhamento de pré-socorro, seleção e acionamento de meios de socorro mais ajustados a cada acontecimento, preparando a receção hospitalar dos doentes. Ao CODU compete escutar e avaliar no mais curto espaço de tempo, os pedidos de ajuda recebidos, com o objetivo de estabelecer os recursos essenciais e adaptados a cada caso. Para esse resultado dispõem de um conjunto de equipamentos na área das telecomunicações e informática, que possibilitam apoiar as equipas no terreno e,

de acordo com as informações clínicas recebidas, selecionar e preparar a recepção hospitalar dos diferentes doentes. Em situações de excepção assume o papel de coordenação na área de saúde, efetuando a ligação entre o pré-hospitalar e os cuidados hospitalares.



Fig 1 - CODU NORTE

Fonte: http://www.jornaldenoticias/PaginaInicial/Sociedade/Saude/Interior.aspx?content_id=3640026

O CODU aciona um meio de emergência de acordo com a situação em causa e a proximidade do local de ocorrência da situação. O INEM dispõe de vários meios de intervenção no terreno: Ambulâncias de Suporte Básico de Vida (SBV), Ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV), Motociclos de Emergência Médica, Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação (VMER) e os Helicópteros de Emergência Médica. (MARTINS, 2010). Paralelamente são integrantes do SIEM os meios de intervenção em situações de excepção ou em acidentes graves, nomeadamente as Viaturas de Intervenção em Catástrofe (VIC), Hospital de Campanha, Posto Médico Avançado e Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência. Importa ainda referir que é igualmente da responsabilidade do INEM o transporte secundário de doentes em estado crítico para Unidades de Saúde, sendo para o caso particular de transporte de

crianças, possuem um serviço específico denominado por Transporte Inter-hospitalar Pediátrico (TIP).

A ambulância de SBV é composta por dois Técnicos de Ambulância de Emergência (TAE) que aplicam medidas de SBV e asseguram cuidados até à chegada de outro meio ou realizam o transporte de vítimas que não apresentam instabilidade hemodinâmica. Este meio pode ser da inteira responsabilidade do INEM, ou ser de responsabilidade partilhada com os Bombeiros (Postos PEM) cuja articulação esta assente num protocolo de troca de recursos físicos e humanos (Fig.2)



Fig. 2 - Ambulância SBV

Fonte: <http://expressodooriental.com/?p=16358>

As ambulâncias SIV foram implementadas em diversas localidades de Portugal Continental, num processo faseado que teve início em 2007 e que tem evoluído significativamente. Os locais exatos foram definidos na sequência de um processo em que intervieram o Ministério da Saúde, o INEM, as Administrações Regionais de Saúde e autarcas de vários concelhos. Atualmente, desde 2011, esta em curso a integração dos meios de emergência pré-hospitalares de suporte avançado e imediato de vida, nos serviços de urgência.

As ambulâncias SIV são tripuladas por um Enfermeiro e por um Técnico de Ambulância de Emergência (TAE).

Os enfermeiros têm por principal função a prestação de cuidados de emergência médica de acordo com os protocolos instituídos pelo INEM e as orientações da Direção Médica do serviço. Compete-lhe chefiar a ambulância, coordenada operacionalmente pelos Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU).

Aos TAE cabe a função de colaborar na prestação de cuidados de emergência médica, de acordo com as suas competências e com as orientações do enfermeiro. São ainda responsáveis pela condução do veículo.

A equipa multidisciplinar da SIV tem por missão garantir cuidados de saúde diferenciados, atuando conforme um conjunto de protocolos dependentes de direção Médica indireta (off-line), onde estão definidos um conjunto de ações que podem ser realizadas imediatamente pelos elementos das equipas SIV, bem como a discriminação das situações que obrigam a contacto direto com o médico responsável, para validação online prévia; e de direção Médica direta (on-line) através do contacto direto obrigatório com um médico responsável, para validação prévia de alguns procedimentos específicos, discriminados nos Protocolos de Atuação SIV e utilizando um conjunto de recursos que incluem comunicação de voz e comunicação de dados.

Deste modo, enumera-se os seguintes protocolos: Abordagem à Vitima, PCR no adulto e na criança, Obstrução da Via Aérea no adulto e na criança, Alteração do Estado de Consciência, Alergia, Cefaleias, Défice Motor/ Sensitivo, Dispneia, Dor Torácica, Disritmias – Bradicardia / Taquicardia, Dor Abdominal, Dor Dorso Lombar, Ginecologia / Gravidez, Traumatizado, Hemorragia, Queimaduras, Traumatismo Cranio-encefálico, Trauma Vertebro – Medular, Trauma do Toráx, Trauma do Abdomen e Bacia, Trauma das Extremidades e Tecidos Moles, Afogamento e Acidentes de Mergulho, Hipoglicemia, Intoxicação (INEM, 2014)

No que se refere aos recursos materiais, a ambulância SIV está equipada com a carga de uma ambulância de SBV acrescida de um monitor-desfibrilhador e

material de SAV (nomeadamente material de via aérea e de circulação incluindo alguns fármacos que fazem parte dos protocolos). O equipamento das SIV permite ainda a transmissão online de electrocardiograma e sinais vitais para o CODU.

A carga da ambulância é composta por material e equipamento que permite a assistência a todo o tipo de ocorrências, desde doenças súbitas a situações de trauma, e em cada ambulância existe uma check-list que identifica o material e a quantidade que deve fazer parte da carga.

Com o decorrer da integração das ambulâncias SIV nos serviços de urgência, passou a fazer parte da sua intervenção a realização de transportes secundários de forma regular, sendo que anteriormente dedicavam-se quase exclusivamente ao transporte no âmbito da emergência pré-hospitalar (Fig.3).



Fig.3 – Ambulância SIV

Fonte: http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId=27944

A VMER é um veículo de intervenção pré-hospitalar destinado ao transporte rápido de uma equipa médica (composta por um médico e enfermeiro) ao local onde se encontra o doente, dispondo de equipamento para efetuar suporte avançado de vida em situações de foro médico ou traumatológico, atuando na dependência directa do CODU (Mateus, 2007). O seu objetivo consiste na

estabilização e no acompanhamento médico durante o transporte de vítimas de acidente ou doença súbita, em situações de emergência.

Encontra-se equipada com meios humanos e equipamentos sofisticados que permitem aplicação de manobras de suporte avançado de vida, assegurando o socorro especializado e o acompanhamento médico durante o transporte. Pode ser ativada diretamente para situações de maior urgência/gravidade ou efetuar rendez-vous com outros meios (quando se verifica se o meio acionado é insuficiente), proporcionando, sempre que necessário, o acompanhamento em ambulâncias do INEM no transporte para uma unidade hospitalar (Fig. 4).

O Médico da VMER é o chefe da equipa e “o elemento responsável, pela prestação dos cuidados de Emergência Médica, nas ocorrências para as quais é acionado” (INEM cit. por MATEUS, 2007, p. 134). Assume a responsabilidade da triagem da situação clínica da vítima (ou vítimas), instituindo as medidas terapêuticas adequadas à sua estabilização, atendendo aos protocolos de actuação em vigor. Transmite ao CODU os dados referentes à situação da vítima, assim como os procedimentos/intervenções efectuadas, assegurando-se que estão garantidas as condições de segurança para o seu transporte, que acompanha sempre que necessário, até à unidade de saúde indicada pelo CODU. É responsável pela orientação e coordenação de actuação da equipa, atendendo sempre aos conhecimentos mais recentes e à importância da humanização da prestação de cuidados em meio pré-hospitalar (MATEUS, 2007).

O Enfermeiro é o elemento responsável pela condução da viatura, colaborando na aplicação das técnicas de emergência médica. Atua em equipa com o médico e com as tripulações de outros meios de socorro com quem efetua rendez-vous ou que são chamadas a intervir.



Fig.4 - VMER 1

Fonte: <http://pt.wikipedia.org/wiki/VMER>

A Mota é um meio ágil vocacionado para o deslocamento no trânsito citadino, que possibilita a estabilização da vítima até a vinda dos restantes meios. Este veículo está equipado com um aparelho de Desfibrilhação Automática Externa (DAE), oxigénio, adjuvantes da via aérea e ventilação, equipamento para avaliação de sinais vitais e glicemia capilar e outros materiais de SBV. É tripulado por um TAE. (INEM,2009)

O Helicóptero é um meio tripulado por dois pilotos, um médico e um enfermeiro que realizam o transporte de doentes graves entre duas unidades de saúde ou entre o local de acontecimento e uma unidade de saúde (INEM, 2009)

Referencias Bibliográficas:

DECRETO-LEI nº 34/2012 de 14 de fevereiro. Lei Orgânica do INEM

INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA (2009) Disponível em:
http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId=27533



INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA (2014) – Manual de
Procedimentos SIV.

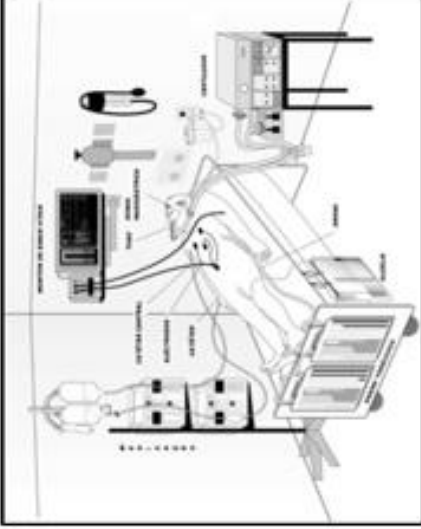
MARTINS, José Carlos Amado. 2007. A autonomia do doente em contexto de
urgência/emergência. Revista Portuguesa de Bioética. 18 (2): 195-206.

MATEUS, Bárbara Aires. 2007. Emergência Médica Pré-hospitalar: que realidade.
Lusociência, Loures.

ANEXO IV

Guia de Acolhimento à Família do doente internado na UCICT

<p>O momento da visita</p> <p>Para minimizar o risco de infecção, deve lavar as mãos quando entra e antes de sair da UCICT. Deve fazê-lo com água corrente e sabão ou com solução alcoólica que se encontra junto a cama do doente.</p> <p>Deve evitar entrar na UCICT com carteiras e casacos. Nunca deve colocar os seus pertences junto da cama do doente.</p> <p>Caso precise de levar os seus pertences para junto do doente, questione os assistentes operacionais. Eles saberão ajudá-lo.</p> <p>Fale mesmo quando o seu familiar não é capaz de falar. Ouça quando ele tem algo para lhe dizer. Transmита calma. Lembre-se da ansiedade que ele está sujeito. Toque. Mostre que está presente.</p>	<p>A Unidade de Cuidados Intensivos do Serviço de Cardiotorácica (UCICT) é um espaço preparado para dar resposta as necessidades dos doentes no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca. Por isso constitui um ambiente muito controlado onde são prestados cuidados especiais.</p> <p>Os familiares são os nossos aliados para o bem-estar do doente, por isso pedimos que tenham atenção ao RUIDO, CONTROLO DE INFECÇÃO, POSTURA E PRIVACIDADE.</p> <p>Os profissionais:</p> <p>A UCICT tem em permanência médicos (vestidos de azul), enfermeiros (vestidos de branco) e assistentes operacionais (vestidos de bege) capazes de prestar cuidados ao doente. No dia da cirurgia, no fim da intervenção o cirurgião prestará informações sobre o estado do doente.</p> 	<p>Unidade de Cuidados Intensivos da Cardiotorácica (UCICT)</p> <p>Guia de acolhimento à família</p>  <p>SÃO JOÃO HOSPITAL</p> <p>Centro Hospitalar São João Piso 8</p> <p>Telefone Direto: 22 551 21 56</p> <p>Horário de Informações: Das 11h às 12h Das 21h às 22h</p> <p><small>As informações aqui contidas são de carácter informativo e não devem ser utilizadas para fins de diagnóstico ou tratamento. Consulte o seu médico de família ou o Serviço de Atendimento ao Cliente para mais informações.</small></p>
--	--	---

<p>Bem-vindo à UCICT</p>	<p>As visitas:</p> <p>Devem permanecer à entrada da UCICT até que sejam chamados.</p> <p>O horário é das 16h30 até às 17h30</p> <p>E só é permitida a entrada de uma pessoa de cada vez.</p> <p>As crianças com idades inferiores a 10 anos são proibidas de entrar. Para as restantes, considera-se que os seus tutores legais assumam os riscos e os benefícios provenientes da sua visita.</p>	<p>Devem ter em atenção ao ruído.</p> <p>Desligar os telemóveis e falar baixo para que todos os doentes possam descansar.</p> <p>Devem centrar a sua atenção no seu familiar. Devemos salvaguardar a privacidade dos outros doentes.</p>
<p>O que pode encontrar:</p> <p>A imagem abaixo é meramente exemplificativa do que pode encontrar no seu familiar.</p>		<p>Pode haver sinais sonoros provenientes dos equipamentos e até mesmo um ocasional som de alarme. Isso é normal e não significa necessariamente que algo está errado. Se o que vir ou ouvir preocupa-o, não hesite em questionar o enfermeiro que cuida do seu familiar.</p>
<p>A informação:</p> <p>Todas as famílias deverão eleger UMA pessoa a quem será cedida toda a informação e a qual será responsável pela partilha das notícias aos outros membros da família e amigos.</p> <p>Esta atitude beneficia a comunicação calma e assertiva, evita mal entendidos e protege o doente.</p>	<p>Por motivos de privacidade do doente, não podemos dar informações sobre o seu estado pelo telefone.</p>	<p>Família:</p> <p><i>Reduz a ansiedade</i></p> <p><i>Aumenta o conforto</i></p> <p><i>Ajuda na recuperação</i></p> <p><i>Reduz a sensação de isolamento</i></p>

ANEXO V

Artigo de Revisão Integrativa: Delirium em UCI

Delirium em Unidades de Cuidados Intensivos: Revisão Integrativa

Oliveira, S. (1)

Coelho, P (2)

Correspondência:

(1) Enfermeira na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente Geral do Centro Hospitalar São João – Porto. Estudante do 7º Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Universidade Católica Portuguesa. Porto, Portugal, e-mail: saraoliveira.ucp@gmail.com

(2) Sob orientação da Enfª Patrícia Coelho, Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Docente da Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde

Resumo: O Delirium constitui uma complicação real nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). O Delirium está intimamente relacionado com fatores de risco predisponentes e precipitantes intrínsecos a cada doente internado. Este tem impacto sobre o bem estar dos doentes, dos familiares e dos profissionais e é responsável pelo aumento dos custos do sistema de saúde. Este artigo tem como objetivo uma revisão integrativa relativamente ao Delirium na UCI como um problema passível de intervenção dos enfermeiros no que respeita à prevenção e controlo. Os aspetos mais relevantes encontrados na literatura foram: os fatores de risco para o desenvolvimento de Delirium, as manifestações de Delirium nos doentes e as intervenções para a redução da prevalência do Delirium na UCI.

Descritores: “delirium”, “cuidados intensivos”, “enfermagem” e “prevenção”

Introdução

O Delirium é um diagnóstico médico merecedor de inúmeros estudos desde os tempos de Celsus e Hipócrates, estando atualmente associado a uma complicação frequente nos doentes internados nas unidades de cuidados intensivos, e consequentemente ao aumento da mortalidade, morbidade, tempo de internamento e ao acréscimo de custos associados aos cuidados de saúde. (9) (12)

O Delirium é caracterizado como uma perturbação da consciência marcada pela diminuição da clareza de perceção do ambiente com redução da capacidade para focar, manter ou transferir a atenção, pela alteração na cognição através do défice de memória, desorientação e perturbação da linguagem. O Delirium desenvolve-se num curto período de tempo (geralmente horas a dias) e tende a flutuar durante o dia, sendo que se pode manifestar de forma hipoativa através de confusão, sonolência, prostração, letargia; de forma hiperativa manifestado por confusão, agitação e alucinações; e de forma mista. (10) (11) (13)

Ciente do papel fundamental dos enfermeiros na prevenção e controlo do Delirium, o objetivo deste artigo foi efetuar uma revisão integrativa sobre este tema associado à realidade de uma unidade de cuidados intensivos, no sentido de identificar as suas implicações para os doentes e conhecer quais as intervenções dos enfermeiros na identificação, avaliação e tratamento do Delirium. Esta necessidade surge durante a realização de um estágio numa UCI integrado no Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa – Porto.

Foi efetuada pesquisa nas bases de dados *Pubmed* e *Ebsco*, de todos os artigos publicados nos últimos 5 anos, com os descritores “delirium”, “cuidados intensivos”, “enfermagem” e “prevenção”. Foram utilizados como critérios de inclusão: textos completos de artigos disponíveis analisados por especialistas, de línguas inglesa e portuguesa.

Foram encontrados 12 artigos correspondentes aos critérios previamente estabelecidos. Destes, foram excluídos os artigos cujo resultado não se apresentava disponível, e os que a sua estrutura não correspondia ao pretendido, nomeadamente às normas de escrita de artigos científicos. Decidiu-se incluir nesta revisão 7 artigos. Destes, 3 são provenientes do Canadá, 4 dos Estados Unidos da América e 1 da Grécia, publicados entre os anos 2011 e 2014.

Resultados:

O Delirium constitui uma complicação real nas unidades de cuidados intensivos, afetando cerca de 20 a 80% dos doentes internados (8). A presença de Delirium traz severas consequências para o doente, profissionais de saúde e família. O Delirium está associado ao aumento de mortalidade, tempo de internamento e aos custos associados aos cuidados de saúde, podendo afetar a capacidade cognitiva dos doentes durante anos ou meses após a alta hospitalar (1) (2) (3) (4). Tal fato é evidenciado pelos resultados de um dos estudos analisados que nos diz que os doentes que desenvolveram Delirium tiveram necessidade de permanecer em média mais 12 dias na instituição hospitalar, sendo que 33% deles foram readmitidos e 58% foram transferidos para clínicas de reabilitação após a alta hospitalar (1).

Paralelamente, tem impacto sobre os profissionais de saúde e família constituindo um fator stressante para quem cuida do doente. (1). O Delirium é tido como uma condição multifatorial e o seu aparecimento está intimamente associado a fatores predisponentes e precipitantes (1) (2) (3) (4). São considerados fatores de risco predisponentes a idade superior a 65 anos, antecedentes de doença crónica como hipertensão arterial, o consumo frequente de tabaco e álcool, diminuição da acuidade auditiva e visual, depressão e mau estado nutricional. No que respeita aos fatores de risco precipitante sabe-se que a sedação, dor, diminuição da mobilidade, contensão física, desequilíbrio hidroeletrólito e padrão de sono alterado estão na base do seu aparecimento (2).

Um dos estudos analisados salienta nos seus resultados que os 25% dos doentes

que desenvolveram delirium em contexto pós operatório tinham antecedentes de demência e de abuso de álcool. (1).

Temporalmente, a evidencia traz-nos referencia à maior prevalência de Delirium no inverno do que no verão, sendo que o seu inicio decorre, nos idosos nas primeiras 24 a 72h de internamento (1).

Através da intervenção precoce, o enfermeiro pode identificar doentes em risco grave de desenvolver Delirium desde a sua admissão na Unidade (1) (2). Com a identificação atempada dos fatores de risco de Delirium é possível implementar medidas capazes de prevenir o seu aparecimento, diminuindo a sua ocorrência nas Unidades de Cuidados intensivos.

As escalas *Confusion Assessment Method – Intensive Care Unit* (CAM- ICU) e a *The Intensive Care Delirium Screening Checklist* (ICDSC) são apontadas pela evidência como ferramentas rápidas e uteis para a avaliação do Delirium na prática clínica (1) (5). Estes instrumentos proporcionam uma avaliação padronizada de reconhecimento do Delirium e podem ser aplicadas a todo o tipo de doentes com uma taxa de sensibilidade entre os 89 e os 94% (2). No que respeita à sua aplicabilidade em doentes sedo/analgesiados é recomendado o emparelhamento com a escala de *Richmond Agitation Sedation Scale* (RASS) (1) (3) (4) (5), da mesma forma que o seu uso não exclui a avaliação clínica interdisciplinar enquanto intervenção complementar.

Um estudo analisado (7) aponta que a CAM-ICU identificou 22% dos doentes com Delirium submetidos a este estudo, sendo que 38% foram identificados somente através da avaliação clínica. No entanto, a concordância entre a avaliação com recurso a escala e a avaliação clinica foi de 71%.

Relativamente aos enfermeiros os estudos têm demonstrado que os profissionais se encontram despertos para a ocorrência do Delirium, tendo a maioria conhecimentos sobre o seu diagnóstico, confiança para utilização de escalas

como a ICDSC, as quais reconhecem como um instrumento útil para a gestão das suas intervenções (4). O mesmo estudo, revela que 42% dos enfermeiros, consideram que os médicos não valorizam os dados de escalas como a ICDSC, atribuindo a estes o maior entrave no desempenho das suas intervenções. Paralelamente, 27% apontam outras barreiras como a falta de tempo, 27% a falta de feedback sobre o seu desempenho e 24% a falta de conhecimento sobre o Delirium.

A maioria dos artigos analisados corrobora que o reconhecimento precoce dos fatores de risco é imperativo para a prevenção do Delirium (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7). Assim, é da responsabilidade do enfermeiro estar atento a sintomas como agitação psico-motora, alucinações, anorexia, náuseas, dificuldade respiratória, xerostomia, astenia, letargia e tonturas e de implementar medidas capazes de prevenir e controlar o Delirium.

Entre as medidas não farmacológicas, a evidência remeto-nos para a importância do exercício e da mobilização logo que possível do doente (1) (2) (5). Esta intervenção prende-se pela necessidade de o estimular ativamente e de forma controlada durante o dia, sendo igualmente recomendado o envolvimento da família nesta intervenção. A sensibilização dos membros da família para a sua presença junto do doente, é considerada como uma forma de melhorar a autonomia do doente e do aumento de conforto. A remoção de cateteres e dispositivos que condicionem a mobilidade, como os cateteres urinários, também é fortemente recomendada (1) (2). A otimização do ambiente hospitalar é considerada uma intervenção prioritária de enfermagem sobre esta problemática. Assim, considerasse fundamental providenciar o relaxamento através de técnicas como a musicoterapia e da gestão do ruído em prol da diminuição da sobrecarga sensorial e da otimização do padrão de sono (1).

Um dos artigos analisados, insere o desenvolvimento de estratégias adequadas de comunicação como uma das intervenções de enfermagem capazes de atuar sobre a prevenção e controlo do Delirium (2). Assim, prevê-se que o enfermeiro esteja alerta para a necessidade de falar calmamente, claramente e lentamente,

envolvendo o doente em todas as suas ações.

No que respeita às medidas farmacologias, a evidência corrobora com o uso de Haldol para tratamento e controlo do Delirium, sendo este fármaco em conjunto com a Olanzapina os mais citados nos artigos analisados (5) (6) (7)

O uso de benzodiazepinas tem merecido os esforços da comunidade científica no sentido de o relacionar com a incidência de Delirium nas Unidades de Cuidados Intensivos. Um dos estudos analisados diz-nos que a prevalência de delirium variou de 37,7% para 44,3% nos doentes que foram sedados com Midazolam, salientando que para cada miligrama adicional de Midazolam administrado, os doentes foram de 7-8% mais propensos a desenvolver Delirium (7). Este fato, tem levado a uma nova linha de pensamento, que defende a interrupção diária de sedação como sendo benéfica para a diminuição da prevalência do Delirium. No entanto, outro estudo analisado concluiu que não existe relação entre a interrupção diária de sedação e o Delirium, considerando que as metas de sedação devem ser ajustadas de acordo com a segurança do doente (incluindo risco de lesão, auto-extubação, desadaptação ao ventilador, e aumento da pressão intracraniana) e da otimização do seu conforto através do controlo da dor (6).

Apesar de não existir evidência capaz de sustentar a gestão da sedação na prevenção e controlo do Delirium, sabe-se que os sedativos são considerados um fator precipitante ao Delirium nos doentes internados nas Unidades de Cuidados Intensivos (7). Neste sentido, os enfermeiros são fundamentais na avaliação e resposta às necessidades de sedação dos seus doentes, fazendo parte das suas responsabilidades identificar os sintomas precipitantes e zelar pelo equilíbrio da função cardíaca, neurológica e comprometimento ventilatório do doente.

Discussão

O Delirium é um evento adverso que afeta a recuperação dos doentes e dificulta a prestação de cuidados de enfermagem. Inúmeros fatores de risco para o desenvolvimento de Delirium são incontáveis; no entanto, através do reconhecimento precoce dos fatores de risco e dos sintomas do Delirium, como a agitação, ansiedade, irritabilidade, desorientação, falta de atenção ou perturbação do sono, é possível intervir de forma atempada sobre este problema minimizando os seus danos na saúde do doente e de todos os intervenientes no processo de doença.

Em Portugal, embora não existam números capazes de sustentar o conhecimento sobre o Delirium entre os profissionais de enfermagem, sabe-se que a sua monitorização sistemática dos sintomas com o recurso de escalas não constitui uma intervenção da prática diária dos enfermeiros prestadores de cuidados. É de salientar a ausência de escalas de rastreio e diagnóstico nos programas informáticos de registo, como o *SClinic* e em formato de papel no seio das instituições. No entanto, atendendo ao que nos diz a evidência, considera-se que o uso de escalas de avaliação do Delirium é um instrumento fácil e prático, passível de ser em prática através do registo diário em folha anexa ou da sua transcrição para as folhas de vigilância intensiva existentes nas Unidades de Cuidados Intensivos.

A monitorização contínua do Delirium dá às instituições a capacidade de implementar ações produtivas e efetivas no sentido de atingir os resultados planeados, contribuindo para o aumento do grau de satisfação dos doentes e das suas famílias sobre a qualidade dos cuidados prestados nos serviços. Considera-se como uma estratégia potencialmente eficaz, a inserção do tema Delirium nos planos anuais de formação destinados à equipa multidisciplinar das Unidades de Cuidados Intensivos de forma a incorporar o uso de escalas de avaliação do Delirium como a CAM- ICU e a ICDSC nas suas intervenções.

Os enfermeiros especialistas têm a obrigação de demonstrar níveis elevados de

juízo clínico e tomada de decisão, não podendo ficar indiferentes às respostas humanas e aos problemas de saúde que podem ocorrer se não forem tomadas medidas para a redução do Delirium. Desta forma, devem assumir o papel de formadores e ou mediadores neste processo, mantendo uma postura pró-ativa em prol do bem estar dos doentes, famílias e da própria saúde dos profissionais de saúde.

A educação sobre a importância da otimização do ambiente físico das Unidades de Cuidados Intensivos para a redução da sobrecarga sensorial enquanto estratégia preventiva de Delirium é uma intervenção fundamental e considerada prioritária. É necessário motivar todos os profissionais para o controlo do ruído. Assim, sugere-se a redução de barulhos excessivos provenientes de telefones, rádios, conversas entre profissionais, assim como a diminuição do volume dos alarmes no sentido de diminuir a sobrecarga de ruídos estranhos ao doente que está internado. Paralelamente, faz parte da responsabilização dos enfermeiros, a promoção do sono noturno interrompido através da diminuição do ruído, da redução da luz artificial, da otimização da temperatura ambiental e do levantamento de necessidades de administração de fármacos indutores do sono.

Os profissionais devem ser pioneiros na tomada de decisão e na consciencialização dos outros grupos, demonstrando os ganhos em saúde para eles e para os seus doentes. Assim, a seleção de estratégias de comunicação eficazes e a manutenção de uma conduta de respeito pela dignidade do doente, mesmo perante atitudes irracionais, agressivas ou comportamentos inadequados é prioritário para o sucesso do tratamento do Delirium.

O isolamento social enquanto fator precipitante de Delirium (12) exige da equipa multidisciplinar um esforço no sentido de envolver a família no processo de doença que o doente atravessa. Considera-se fundamental, que a equipa reconheça a importância dos familiares enquanto elementos capazes de orientar, tranquilizar e confortar o doente durante o seu internamento na UCI pela relevância em termos de memórias e estímulos familiares que inigualavelmente são capazes de transmitir, o que os torna um elemento central no processo da

recuperação do doente. O alargamento do horário das visitas possibilita a diminuição do fosso existente entre o meio hospitalar, o meio familiar e social. A presença dos familiares, facilita a realização de uma anamnese eficiente capaz de dar a conhecer os hábitos de vida do doente, antes do internamento, à equipa multidisciplinar de saúde. Tal fato, fomenta o reconhecimento de que cada pessoa como única e singular e que por isso possui necessidades de atendimento específicas.

Considerando que o enfermeiro se encontra numa posição privilegiada para conhecer os familiares, identificar as suas necessidades e estabelecer com eles uma verdadeira relação de ajuda, é de salientar a pertinência da formação dos profissionais para os sensibilizar sobre esta temática. A promoção da autonomia nas atividades de vida diária através do incentivo para a realização de pequenas tarefas (pentear-se, comer...) durante o período diurno, exige aos serviços o esforço na desvinculação das rotinas na prestação de cuidados em prol da humanização dos cuidados prestados atendendo às necessidades individuais de cada um.

A consciencialização para o uso excessivo de sedativos é uma atitude fundamental para o controlo do Delirium. A decisão dos enfermeiros em relação à administração de sedação deve constituir uma intervenção refletida que requer partilha com a restante equipa multidisciplinar no sentido de garantir a benefício do ato que se pratica. Com tal, a administração de terapêutica sedativa deve ser assente no conhecimento empírico, na evidência científica, em dados de avaliação precisos e na fundamentação clara, com a consideração que a sua ação pode contribuir potenciar o desenvolvimento de Delirium. Assim, perante agitação, o enfermeiro deverá saber avaliar a presença de Delirium, intervindo primeiramente sobre o controlo do ambiente, usando o controlo farmacológico como intervenção de última linha pelos riscos associados corroborados pela evidência supracitada.

Conclusão

O Delirium está associado ao aumento da morbidade, mortalidade e necessidade de institucionalização, traduzindo-se em custos elevados para o sistema de Saúde e para as famílias.

A capacidade de avaliar, de forma precisa o Delirium pelos enfermeiros é um componente chave de qualquer estratégia sistemática adotada para o prevenir ou tratá-lo. O uso de instrumentos de rastreio / diagnóstico / quantificação de Delirium permite aos profissionais de enfermagem a instituição de medidas preventivas e terapêuticas, para proporcionar uma reabilitação adequada e, potencialmente, diminuir perdas relativas à qualidade de vida de forma simples e padronizada. De entre as escalas existentes, considera-se que as escala ICDSC e CAM-ICU se adequam à realidade vivida no seio das Unidades de Cuidados Intensivos, tratando-se de um elemento potenciador da segurança do doente crítico. No entanto a monitorização contínua do risco de Delirium está pouco disseminada nos meios hospitalares. Tal fato é sustentado pela limitação da evidência sobre este tema, sobretudo no que respeita a estudos que demonstrem a viabilidade das intervenções dos enfermeiros na prevenção e tratamento do Delirium associado ao aumento da melhoria da qualidade dos cuidados da saúde. Conclui-se portanto, a necessidade de existência de mais estudos científicos que contribuam para a valorização do papel do enfermeiro na prevenção e tratamento do Delirium e de mudanças educacionais e organizacionais capazes de contribuir para a melhoria dos cuidados prestados no seio das instituições hospitalares.

Referencias Bibliográficas:

1. BROOKS, Paula; SPILANNE, Jeffrey J.; DICK, Karen et al (2014) - Developing a Strategy to Identify and Treat Older Patients With Postoperative Delirium. AORN Journal, 2014; 99 (2): 256-76
2. CONLEY, Deborah (2011) - The Gerontological Clinical Nurse Specialist's Role in Prevention, Early Recognition, and Management of Delirium in Hospitalized Older Adults. Urol Nurs. ;31(6):337-42;
3. KIEKKAS, P.; THEODORAKOPOULOU, G.; SPYRATOS, F.; (2010) - Psychological distress and delusional memories after critical care: a literature review. International Nursing Review. Vol. 57 Issue 3, p288-296. 9p. 1 Diagram, 2 Charts. DOI: 10.1111/j.1466-7657.2010.00809.
4. Law, Tyler J; Leistikow, Nicole A; Hoffring, Laura; et al (2012) - A survey of nurses' perceptions of the intensive care delirium screening checklist. Dynamics, 2012 Winter; 23 (4): 18-24
5. OLSON, Terra. (2012) - Delirium in the intensive care unit: role of the critical care nurse in early detection and treatment. Dynamics. 23 (4): 32-6.
6. ROCK, Loretta F (2014) - Sedation and Its Association With Posttraumatic Stress Disorder After Intensive Care. Critical Care Nurse. Vol. 34 Issue 1, p30-39. 10p. 1 Chart. DOI: 10.4037/ccn2014209.
7. TAIPALE, Priscilla G.; Ratner, Pamela A.; Galdas Paul M. et al. (2012) - The association between nurse-administered midazolam following cardiac surgery and incident delirium: An observational study. International Journal of Nursing Studies, 49 (9): 1064-73.
8. ALLEN, J; ALEXANDER, E (2012) – Prevention, recognition, and management of delirium in the intensive care unit. AACN Advanced Critical Care, 23 (1). 5-11
9. RÔMULO L.; SILVIO R.; NEREIDA K.; et al (2010) – Delirium. Revista da

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto ;43(3): 249-57

10. MORANDI A., et al. (2008) – Understanding international differences in terminology for delirium and other types of acute brain dysfunction in critically ill patients. Intensive Care Medicine. Vol. 34
11. ONDRIA C. GLEASON (2003) – Delirium. University of Oklahoma College of Medicine, Tulsa, Oklahoma Am Fam Physician. 1;67(5):1027-1034
12. FARIA, R.; MORENO, R.; (2013) - Delirium na unidade de cuidados intensivos: uma realidade subdiagnosticada Rev. bras. ter. intensiva vol.25 no.2 São Paulo ISSN 0103-507X
13. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2000) . Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washinton, DC: American Psychiatric Association;

ANEXO VI

(Trabalho Escrito:

“A Dor em Pré Hospitalar: Análise Sistematizada e Ética”)



CATÓLICA PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**CURSO DE PÓS LICENCIATURA COM ESPECIALIZAÇÃO
EM ENFERMAGEM MÉDICO - CIRURGICA**

A DOR EM PRÉ-HOSPITALAR: ANÁLISE SISTEMÁTIZADA E ÉTICA

A promoção da qualidade da assistência no pré-hospitalar:

O controlo da Dor.

Aluno: Sara Patrícia Pinto Leite de Oliveira

PORTO, JUNHO DE 2014



CATÓLICA PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**CURSO DE PÓS LICENCIATURA COM ESPECIALIZAÇÃO
EM ENFERMAGEM MÉDICO - CIRURGICA**

Módulo III: Assistência Pré Hospitalar

A Dor em Pré-Hospitalar: Análise Sistemática e Ética

A promoção da qualidade da assistência no pré-hospitalar:

O controlo da Dor.

Aluno: Sara Patrícia Pinto Leite de Oliveira

Sob orientação de: Mestre Lúcia Rocha

Porto, Junho de 2014

INDICE:

1. Introdução.....	149
2. A Dor em Pré-Hospitalar: Revisão Bibliográfica.....	153
3. A Avaliação da Dor em pré hospitalar.....	157
4. Medidas de Controlo da Dor.....	163
5. A Tomada de Decisão do Enfermeiro no Controlo da Dor	167
6. Conclusão.....	173
7. Referências Bibliográficas.....	175

1. Introdução

A dor, tão antiga como o próprio Homem, é uma das experiências temidas embora mais comuns na população e é, um dos motivos mais habituais na procura da assistência médica (LOESER, 1999).

Considerando a importância da dor, enquanto fenómeno fisiológico, para a integridade do indivíduo a sua abordagem e gestão foi considerada como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde, sendo também um fator decisivo para a humanização dos cuidados.

Pela sua frequência e potencial de causar sofrimento e aumento do dano em situações de emergência, o estudo da dor tem sido cada vez mais frequente nas sociedades medicamente mais desenvolvidas.

Tendo em conta a necessidade de um controlo eficaz da dor, a Direção Geral de Saúde publicou a Circular Normativa de 14 de Junho de 2003, que instituiu a dor como o quinto sinal vital, com a obrigatoriedade da avaliação e registo regular da intensidade da dor pelos profissionais de saúde.

Neste sentido, os cuidados pré-hospitalares, enquanto resposta primária a situações de doença súbita e trauma, devem ser capazes de implementar medidas capazes de intervir sobre a dor em contexto de emergência.

A preocupação com o sofrimento dos que padecem com dor é alvo da intervenção do INEM. Como tal, existe atualmente um protocolo técnico de “Sedação e Analgesia” dirigido às equipas das ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV) que visa promover, melhorar e aumentar a capacidade de resposta dos enfermeiros e tripulantes de ambulância de emergência integrantes neste meio, através da esquematização de procedimentos autónomos e dependentes de validação médica.

Apesar da concordância da comunidade de saúde acerca do supra referido, estudos indicam que o controlo da dor no atendimento pré hospitalar muitas vezes não é adequadamente fornecido por uma variedade de razões, onde se incluem a avaliação da dor ineficaz e as percepções individuais dos profissionais de saúde. Na opinião de Lopes (2006) a dor é subestimada, escondida e até negada quer por parte dos doentes, quer por parte dos profissionais de saúde. É preciso mudar mentalidades, hábitos enraizados e conceitos que são inaceitáveis no século XXI.

Neste sentido, em 1989 é abordado primeira vez o termo “oligoanalgesia” posteriormente reconhecido como a ineficácia das medidas implementadas no alívio da dor dos clientes de pré-hospitalar.

No entanto, reconhece-se a necessidade de abordar de forma proactiva a dor de forma a melhorar a qualidade do atendimento e a satisfação do paciente através do alívio do seu sofrimento e da diminuição da negatividade associada à experiência de doença vivenciada.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros,

“O enfermeiro possui formação humana, técnica e científica adequada para a prestação de cuidados em qualquer situação, particularmente em contexto de maior complexidade e constrangimento, sendo detentor de competências específicas que lhe permitem atuar de forma autónoma e interdependente, integrado na equipa de intervenção de emergência, em rigorosa articulação com os CODU e no respeito pelas normas e orientações internacionalmente aceites” (Ordem dos Enfermeiros, 2007, pág 1).

Assim, espera-se que o profissional de enfermagem atue adequadamente sobre a dor, no sentido da manutenção da dignidade da pessoa através do alívio do seu sofrimento.

As intervenções dos enfermeiros têm por base a sua competência legal e deontológica, capacitação técnica, segurança e coerência na adoção de medidas

e da tomada de decisões, tendo em mente a consequente responsabilização jurídica pelos seus atos.

Neste sentido, quando o enfermeiro atua sobre a dor deve agir em nome do bem-estar da vítima, centrando a pessoa no foco alvo dos cuidados que presta, estando consciente de que quando nos situamos na decisão ética de enfermagem, consideramos a decisão para o cuidado, ou seja uma decisão que origina uma ação, em que ambas – decisão e ação – constituem objeto de responsabilidade do enfermeiro.

No decurso da observação e da partilha de experiências com as equipas de pré hospitalar integrantes das ambulâncias SIV e VMER, pude concluir que atualmente a avaliação da dor pelos profissionais nos diferentes meios encontra-se descurada. Assim, de modo a promover a qualidade da assistência no pré hospitalar surge a pertinência deste trabalho.

Este documento insere-se no âmbito do estágio em Assistência Pré-Hospitalar integrado no Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa – Porto.

Ao abordar a importância do controlo e avaliação da dor em pré-hospitalar saliento aspetos fundamentais que estão na base da pertinência do tema. Assim, inicio o trabalho com uma revisão bibliográfica sobre a gestão da dor em situações de emergência pré-hospitalar, saliento com base na evidência alguns aspetos fundamentais para o controlo da dor, refiro os instrumentos de medida da dor indicados para a assistência pré-hospitalar, faço uma abordagem à realidade vivenciada em Portugal a respeito desta temática e reflito eticamente face à intervenção dos enfermeiros sobre este sintoma. Foi efetuada pesquisa bibliográfica livre no Google e nas bases de dados Pubmed e Ebsco, tendo como critério de inclusão todos os artigos publicados nos últimos 12 anos, com os descritores pré hospitalar, dor, emergência e cuidado de enfermagem. Foram utilizados como critérios de inclusão: textos completos de artigos, referências disponíveis e textos completos disponíveis, selecionando-se um total de 7 artigos escritos em Inglês e Português.

2. A Dor em Pré-hospitalar: Revisão Bibliográfica

Conforme supra citado, considera-se a dor como uma das experiências mais temidas e também a mais vivenciada pelo ser humano. Associada usualmente a fatores negativos, produz no cliente sentimentos de medo, incerteza, ansiedade, angústia, incapacidade, dependência, sofrimento, stress, e mesmo antevisão da morte.

A vária literatura consultada refere que a dor é um fenómeno universal e que atravessa os tempos, experienciada em todo o ciclo vital do cliente com diversas variantes multidimensionais, abrange níveis sociais, psicológicos, políticos, étnicos, religiosos e culturais.

Atualmente, dor é um dos problemas mais frequentes em situações de emergência / urgência, sendo um dos primeiros sinais de alerta em muitos processos patológicos. A *International Association for the Study of Pain* define dor como “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tecidual efetiva ou potencial ou descrita em termos dessa lesão”.

A dor é um fenómeno perceptivo, complexo, subjetivo e multifatorial, sendo por isso a sua conotação atribuída a cada um, no respeito da sua individualidade enquanto pessoa. Esta pode ser de natureza somática nos casos de dor bem definida, referida a uma área cutânea, osso ou a um grupo muscular (ex. lesões traumáticas, queimaduras ou patologia vascular), de natureza visceral sendo caracterizada como difusa de difícil definição e associada a um órgão interno ou dor neuropática sendo esta mal localizada, lancinante, resultante de lesão de nervos periféricos, da medula ou do encéfalo.

Através da constatação da alta incidência de dor nos serviços de urgência hospitalares, têm sido vários os estudos que ao longo dos anos procuram estabelecer indicadores de incidência e prevalência da dor nas sociedades em que se inserem. Transversalmente, a dor é referida como uma das principais

queixas de entrada em serviços de urgência e como causa maioritária de ativação dos meios de socorro pré-hospitalares.

Galinski et al (2010) indicam através de um estudo prospetivo que 42% das vítimas da emergência pré hospitalar referem dor, sendo que destas 64 % referem dor intensa e 40% dor severa segundo as escalas da dor. Já Marinangeli et al (2009) também num estudo prospetivo concluem que 2/3 dos pacientes avaliados tem presença de dor, sendo que 42% destes possui dor moderada e intensa. Com números inferiores mas comprovantes de igual modo acerca da existência de dor em pré hospitalar surge o estudo de Siriwardena et al (2009) 20% dos pacientes de pré hospitalar referem dor moderada a severa.

A dor é uma experiências sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão tecidular real ou potencial e descrita em termos de tal dano. A dor aguda surge como sinal que algo não está bem, sendo por isso classificada em saúde como o 5º sinal vital. No contexto do pré hospitalar, o seu impacto físico esta ligado frequentemente a situações traumáticas, queimaduras, infeções e processos inflamatórios.

A intensidade da dor física é tida como mais intensa no início e, à medida que ocorrem a “imobilização da parte lesada e a cicatrização, há redução e libertação de substâncias alogogênicas, resultando na diminuição gradual da dor” (CALIL, 2008 pag.300).

No entanto, O impacto da dor está diretamente relacionado às perceções individuais. Esta é sentida pela pessoa que diz que sente, num dado momento, com a forma e a intensidade que só a própria pode vivenciar.

No que concerne à incidência da dor, todos os estudos analisados referem que a dor é mais incidente nas situações de etiologia traumática, sendo o politraumatismo a situação de dor mais frequente.

A dor “ocasionada por trauma traz a associação da lesão física, o medo e a ansiedade permeando o processo traumático” (ROMANEK, 2012 pág. 351).

Segundo Galinski et al. (2010) cerca de 81% das vítimas de trauma por si estudadas referem dor, sendo 73% delas sofredoras de dor intensa. Já Marinangeli et al (2009) referem que 36.8% dos pacientes de pré hospitalar com dor advém de situações traumáticas, sendo o politraumatismo a maior causa específica de dor de entre os pacientes estudados, 26%.

No que respeita à dor presente nos géneros. Os estudos analisados não mostram evidência significativa. Se por um lado, Siriwardena (2009) atribui cerca de 67,8 % de incidência da dor no sexo masculino, por outro Smith (2009) afirma que a existem mais sintomas relacionados com a população feminina que na masculina, ou seja a dor crónica afeta mais mulheres do que homens.

3. A Avaliação da Dor em Pré Hospitalar.

Por ser uma experiência subjetiva, a dor não pode ser determinada por instrumentos físicos que permitam a um observador externo, objetivamente, mensurar essa experiência interna, complexa e pessoal (SOUSA, 2002).

De acordo com o Plano Nacional de Luta Contra a Dor (2001), a dor deve ser classificada de acordo com a temporalidade e a fisiopatologia da mesma. A sua classificação permite obter informações importantes sobre a sua origem e adequar o plano terapêutico ao tipo de dor e consequentemente aumentar a qualidade da assistência pré hospitalar.

Marinangeli et al (2009) consideram que o tratamento precoce da dor não só é eticamente correto, como é de importância prioritária pelas repercussões que a presença de dor acarreta para a estabilidade do doente.

Apesar da relevância dada a esta temática na comunidade científica, é sabido também pela evidência publicada que nem sempre se procede ao alívio da dor nos meios de socorro pré hospitalar. Como afirma Alonso-Serra (2003), apesar dos doentes serem questionados acerca da presença de dor, a sua resposta é frequentemente desacreditada pelos prestadores de cuidados. A equipa multidisciplinar baseia o seu julgamento em experiências anteriores, comparando a situação que encontram com outras que atenderam anteriormente. Paralelamente Walder (2004, pág. 334), diz-nos que “Os enfermeiros têm mostrado subestimar a intensidade da dor em comparação com a própria classificação dos pacientes”.

Tal facto, contribui para a evidência aqui referida: Galinski et al (2009) concluem no seu estudo que apenas uma em cada duas pessoas sente alívio da dor quando atendido em meio pré hospitalar (51%). Siriwardena (2010) afirma com a publicação do seu estudo que 81% dos pacientes que referem dor sentem que a equipa de socorro reuniu todos os seus esforços para o alívio deste sintoma e 20% revela que queria mais alívio da dor.

Apesar de os artigos analisados se remeterem a realidades de países como os Estados Unidos da América, Brasil, Reino Unido e França, esta presente na literatura analisada a ideia de transversalidade desta problemática. Um estudo prospectivo referenciado por Delaney (2003) evidencia que apenas 11% dos pacientes com trauma ortopédico na Costa Rica receberam analgesia.

No sentido de combater a oligoanalgesia tão referida ao longo dos anos, reforça-se a importância da padronização de condutas analgésicas no atendimento inicial doentes em pré hospitalar.

A avaliação objetiva da frequência cardíaca, da frequência respiratória ou dos valores da tensão arterial tem fracassado pela impossibilidade de determinar, para cada indivíduo, o peso da contribuição de outros fatores, muito frequentes em situações que cursam com dor (por exemplo, a ansiedade ou lesões com compromisso respiratório e circulatório) e que também alteram aquelas variáveis. (INEM, 2013).

A avaliação da dor deve ainda conter a localização, início da dor, duração e periodicidade dos episódios dolorosos, qualidade sensitiva, padrão evolutivo, fatores agravantes e atenuantes da dor e outros sintomas associados (PIMENTA, 2008).

Assim, perante vítimas conscientes, orientados e comunicativos, sempre que viável, a intensidade da dor deve ser medida pelo próprio, através da utilização de escalas de avaliação de medida, sendo que em contexto pré-hospitalar “o uso de escalas constitui o recurso mais confiável para sua mensuração” (ROMANEK, 2012, pag.352).

Devido à complexidade desta avaliação, foram desenvolvidas e validadas inúmeras escalas.

De entre elas destacam-se as escalas numéricas, nas quais utilizam-se categorias numéricas; as escalas verbais, nas quais utilizam-se categorias adjetivais e as escalas analógicas-visuais, nas quais há possibilidade de julgamentos visuais numa dimensão tomada como padrão.

Um artifício muito usado na mensuração da dor é tentar “comparar a intensidade da experiência álgica e exemplos da vida diária do cliente, pois a sua familiaridade com essa realidade estabelece cumplicidade suficiente entre cuidador e cliente, fazendo com que este perceba o quanto tentamos entendê-los como indivíduo, e não como um dado padronizado. A partir daí, transpomos esta informação para as escalas unidimensionais, e obtemos uma graduação específica”. (Pedroso, 2006, pág.271).

Uma das escalas que tem sido validada de forma consistente, particularmente em vítimas de trauma, é a Escala Visual Analógica (VAS ou “*Visual Analog Scale*”).

A VAS é um instrumento de medida direto e de fácil aplicação. Avalia a intensidade da dor que a pessoa alvo dos cuidados diz sentir através espectro que vai desde a ausência de dor até a dor máxima que alguma vez presenciou.

Operacionalmente a VAS é uma linha horizontal, ou vertical, de 10 cm de comprimento, ancorado por palavra descritoras “Sem Dor” e “Dor Máxima” em cada extremidade (Fig.1). O paciente marca na linha o ponto que representa a sua percepção da dor sentida atual e o avaliador traduz a medição num valor numérico. Neste sentido, nesta escala, a dor é auto-avaliada existindo sempre o caráter subjetivo da avaliação por parte de quem avalia.

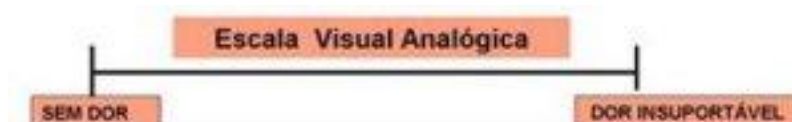


Fig.1 – Escala Visual Analógica

Fonte:: <http://dorescronicas.com.br/importancia-da-intensidade-da-dor/>

Assim, em paralelo a esta avaliação, em pré hospitalar caberá às equipas multidisciplinares observar a mudança nos indivíduos aquando a otimização de medidas de conforto da dor.

Porque a sua aplicação não requer qualquer material, em ambiente pré-hospitalar, a literatura recomenda a aplicação de escalas como a Escala Verbal ou Qualitativa (VRS ou “*Verbal Rating Scale*”) ou a Escala Numérica (NRS ou “*Numeric Rating Scale*”).

Na Escala Qualitativa solicita-se ao doente que classifique a intensidade da sua Dor de acordo com os seguintes adjetivos: “Sem Dor”, “Dor Ligeira”, “Dor Moderada”, “Dor Intensa” ou “Dor Máxima” (Fig.2). As escalas verbais têm a vantagem de serem familiares aos participantes uma vez que são utilizadas palavras comuns do vocabulário, as quais expressam a dor qualitativamente



Fig.2 - Verbal Rating Scale

Fonte: http://www.ama-cmeonline.com/pain_mgmt/pop_up/pn_scale_verbal.htm

Já a Escala Numérica consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10 (Fig.3). Esta régua pode apresentar-se ao doente na horizontal ou na vertical. Pretende-se que o doente faça a equivalência entre a intensidade da sua Dor e uma classificação numérica, sendo que a 0 corresponde a classificação “Sem Dor” e a 10 a classificação “Dor Máxima” (Dor de intensidade máxima imaginável) (DGS, 2003).

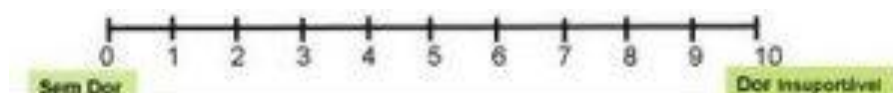


Fig.3 - Escala Numérica da Dor **Fig. 1:** <http://dorescronicas.com.br/importancia-da-intensidade-da-dor/>

Fonte: <http://dorescronicas.com.br/importancia-da-intensidade-da-dor/>

Esta última, pela sua facilidade de utilização e razoável fiabilidade quando comparada com a VAS, está indicada nos adultos, adolescentes e nas crianças em idade escolar (idade ≥ 6 anos).

Por motivos evidentes, “a avaliação da dor em doentes inconscientes, não colaborantes, com dificuldades de compreensão (por motivos linguísticos, auditivos ou cognitivos) ou nas crianças mais novas apresenta dificuldades acrescidas” (INEM, 2013, pág. 3). Estes constituem “população específica de atenção quanto ao gerenciamento da dor” (ROMANEK, 2012, pág.352).

No caso das crianças e em doentes com défices cognitivos e dificuldades de compreensão, têm sido propostas formas de avaliação da dor como a Escala das Faces de Wong-Baker (Fig.4).



Fig.4 - Faces Pain Rating Scale

Fonte: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2009/4/art2.asp>

No decorrer da prestação de cuidados depararmo-nos frequentemente com a dificuldade do cliente em colaborar na avaliação da dor, uma vez que esta capacidade é influenciada por problemas sensoriais tais como défices cognitivos, períodos de desorientação, agitação ou ansiedade (Santos & Soares, 2008). Segundo o Plano Nacional de Avaliação da Dor, a dor em pacientes que não podem comunicar, deve ser avaliada por meio subjetivo da observação de comportamentos.

As escalas comportamentais permitem avaliar as consequências da dor na vida do cliente. Foram desenvolvidas para mensurar especificamente a intensidade da

dor em clientes sedados, com ventilação mecânica e inconscientes (Payen *et al.*, 2001). Alguns dos doentes atendidos em pré-hospitalar apresenta incapacidade de comunicar devido a alterações do nível de consciência, devido a sedação, devido à presença de tubo endotraqueal quando se encontrarem ventilados. As escalas pain assesment advanced dementia (PAINAD), doloplus 2, a escala behavioral pain scale (BPS) desenvolvida por Payen, a escala critical care pain observation tool (CPOT) e escala de conductas indicadoras de dolor (ESCID) validada para população espanhola por Latorre (2011), são exemplos de escalas indicadas para a heteroavaliação da dor.

4. Medidas de Controlo da Dor

A Direção Geral da Saúde implementou o Plano Nacional de Luta Contra a Dor (2001), define o modelo organizacional a desenvolver pelos serviços de saúde e 30 orientações técnicas que promovam boas práticas profissionais na abordagem da dor. A mesma entidade declara a Dor como 5º Sinal Vital conforme circular normativa de 14 Junho de 2003. Indo ao encontro da problemática da dor, a Ordem dos Enfermeiros (2008), elaborou um Guia Orientador de Boa Prática, que toma como foco de atenção a dor, apresentando recomendações transversais para os cuidados à pessoa, cuidador principal e família nas diversas fases do ciclo vital qualquer que seja o ambiente em que estão inseridos. No mesmo ano a Direcção Geral da Saúde implementou o Programa Nacional de Controlo da Dor dando sequência ao plano e define novos objetivos e estratégias operacionais. Fundamenta que a dor deixa de ser um sintoma para se tornar numa doença por si só.

O Plano Nacional de Luta Contra a Dor (2001) recomenda que a terapêutica da dor deve envolver não só medidas farmacológicas, mas também, medidas não farmacológicas

Também Pimenta (2000) considera que o controlo da dor é mais eficaz quando envolve várias intervenções, farmacológicas e não farmacológicas, dirigidas às diversas componentes da dor. De acordo com a autora, estas técnicas são na sua maioria de baixo custo e de fácil aplicação, podendo ser ensinadas aos doentes e cuidadores para uso domiciliário de modo eficiente e seguro, uma vez que o risco de complicações é mínimo, para além de lhes dar a sensação de controlo da situação e incentivar a sua participação e responsabilização no tratamento.

Por entre as técnicas não farmacológicas utilizadas é tido em consideração o potencial benéfico da acupuntura, hipnose e musicoterapia. No entanto, por se considerar que não se tratam de técnicas viáveis em pré hospitalar não se dar ênfase na abordagem deste tipo de técnicas no decorrer deste trabalho. No

entanto, uma técnica muito útil e “raramente utilizada em pré-hospitalar” (Alonso-Serra, 2003, pág. 483) é a comunicação terapêutica.

Comunicar continua a ser um desafio para os profissionais e é fundamental para a qualidade dos cuidados que prestamos na medida em que para o ser humano

Balck & Matassarini-Jacobs (1996) afirmam que a interação terapêutica com alguém que apresenta dor pode incluir: (1) a facilitação da expressão dos sentimentos pelo paciente, o que lhe dará uma sensação de segurança no cuidado; (2) oferta de apoio, tranquilização e compreensão, que podem aliviar a dor atual ou prevenir a dor futura; (3) ensinar aos pacientes medidas para o alívio da dor.

A comunicação estabelecida de maneira não verbal é igualmente relevante para o alívio da dor em pré-hospitalar.

Segundo Mazza (2008), uma mensagem pode ser enviada de forma não verbal, sem o uso da expressão verbal, porém o contrário é impossível. O silêncio, o olhar, o cheiro são algumas formas de comunicação não-verbal que, quando manifestadas, não necessitam obrigatoriamente da expressão verbal. Mas quando uma pessoa utiliza a linguagem falada esta, inconscientemente ou não, é acompanhada de expressões não-verbais como expressão facial, modulação da voz, gestos, odores, olhar, toque e outros, que serão percebidos ou não.

Apesar da comunicação existem outros métodos de alívio da dor sem recurso a terapêutica farmacológica, nomeadamente crioterapia, otimização do posicionamento e imobilização de fraturas no caso de trauma (Alonso Serra, 2003).

A aplicação do frio (Crioterapia) reduz a velocidade de condução nervosa, diminuindo a chegada de estímulos dolorosos ao Sistema Nervoso Central e aumentando o limiar doloroso, alivia o espasmo muscular pela redução da

atividade do fuso muscular e da velocidade de condução dos nervos periféricos (Pimenta, 2000).

A atividade vasoconstritora do frio é conhecida desde a antiguidade, particularmente como facilitadora da hemostase; as propriedades analgésicas foram largamente estudadas no início do século XX. A aplicação local de frio na forma estática é de fácil execução e privilegia os efeitos vasoconstritores e analgesiantes (Pinheiro, 1998).

De acordo com Elkin et. Al (2005) os efeitos terapêuticos da aplicação do frio são: (1) Vasoconstrição, pois ao reduzir o fluxo sanguíneo local previne o edema e atenua a inflamação; (2) Anestésico local; (3) Promoção da redução do metabolismo celular através da diminuição da necessidade de aporte de oxigênio às células; (4) Aumento da viscosidade sanguínea que promove a coagulação nas zonas afetadas; (5) Reduz a tensão muscular e alivia a dor.

O frio superficial pode ser aplicado durante 10 a 15 minutos, através de sacos de água fria, sacos de gelo, toalhas geladas, compressas frias, cubos de gelo, imersão em água fria. Durante a sua aplicação deve-se colocar uma proteção entre a fonte fria e a pele (toalha), vigiar alterações na coloração e aspecto da pele e, ainda, não ultrapassar o tempo de exposição recomendado (Pimenta, 2000).

No entanto a evidência demonstra que a crioterapia está contra indicada no doente de doença vascular periférica, insuficiência arterial, alteração da sensibilidade e do nível de consciência.

Na opinião de Watt-Watson (2003), a otimização do ambiente físico do doente com dor, uma vez que pode criar sobrecarga sensorial e potenciar os estímulos dolorosos, mas sem esquecer que nem todos os doentes reagem positivamente ao mesmo ambiente. Deste modo em pré hospitalar, deve fazer parte da equipa multidisciplinar a promoção do conforto da vítima, através do correto

posicionamento durante o transporte bem como a redução do barulho das sirenes que assinalam a marcha de emergência.

No entanto, as técnicas não farmacológicas, “geralmente não são suficientes para controlar a dor em ambiente pré-hospitalar mas podem ser contributos importantes e permitir a redução das necessidades em analgésicos” (INEM, 2013). Segundo Milojevic et al. (2001), os fatores para analgesia eficaz em um ambiente pré-hospitalar são o uso da morfina, o tratamento dentro de três horas, e uma pontuação VAS $\leq 70,10$.

No que concerne ao uso de terapêutica analgésica em pré hospitalar, são poucos os estudos que asseguram a eficácia dos analgésicos no campo. No entanto, os fármacos mais comumente utilizados na prática clínica em contexto de pré-hospitalar em Portugal são a morfina, o fentanil, quetamina e paracetamol, sendo estes integrantes dos meios de apoio diferenciado.

Em muitos sistemas a “morfina é o analgésico de escolha para dor torácica. No entanto o seu uso tem sido limitado devido a temores exagerados, tais como a depressão respiratória e hipotensão” (Alonso Serra, 2003 pág.485). Uma grande vantagem da morfina e todos os outros opióides é a disponibilidade de naloxona (opióide antagonista), que confere a morfina um potencial de fármaco seguro.

Tanto a morfina como o fentanil são usados para aliviar a dor em trauma e em situações de doença súbita. Ambas as drogas também são usados para complementar a indução anestésica necessária no pré-hospitalar para a intubação endotraqueal de vítimas ainda reativas. A morfina pode também ser utilizada para algumas finalidades médicas para além da analgesia e anestesia, tais como otimização da função respiratória pelo seu efeito vasopressor.

O fentanil tem efeitos muito mais fortes do que a morfina. Uma determinada quantidade de fentanil é cerca de 100 vezes mais potente que a mesma quantidade de morfina. Consequentemente, morfina e fentanil desempenham papéis diferentes no tratamento da dor.

A morfina idealmente é usada para o alívio da dor contínua em pacientes que sofrem de dor crónica, enquanto que o fentanil é frequentemente reservado para quadros de dor aguda. No entanto, o fentanil também é usado em doentes com dor crónica que desenvolveram uma tolerância a drogas menos potentes, como a morfina.

5. A Tomada de Decisão do Enfermeiro no Controlo da Dor

A dor representa um sinal de alarme vital para a integridade do indivíduo e fundamental para o diagnóstico e monitorização de inúmeras patologias, mas não deve ser causa de sofrimento desnecessário.

Assim, o controlo da dor constitui um direito das pessoas e um dever dos profissionais de saúde.

Segundo a Circular Normativa da Direção-Geral de Saúde Nº 09/DGCG, de 14/06/2003, “Todo o indivíduo tem direito ao adequado controlo da dor, qualquer que seja a sua causa, por forma a evitar sofrimento desnecessário e reduzir a morbilidade que lhe está associada”.

Já a Carta dos Direitos do Doente Internado (1999) cita que “Todo o doente internado tem direito ao tratamento da dor”, salientando que “os conhecimentos científicos permitem, hoje, dar uma resposta, quase na totalidade, às dores crónicas ou agudas, quer sejam sentidas por crianças, adultos ou idosos”.

Cientes de atualmente o pré-hospitalar em Portugal se encontra dividido por diferentes meios de assistência e que por isso abarca várias categorias de profissionais (Técnicos de Ambulância de Emergência, Enfermeiros e Médicos), é perentório que “todos os profissionais de saúde devem adotar estratégias de prevenção e controlo da dor dos indivíduos ao seu cuidado, contribuindo para o seu bem-estar, redução da morbilidade e humanização dos cuidados de saúde” (DGS, 2003, pág. 3).

Deste modo, considera-se que “o controlo da dor deve ser efetuado a todos os níveis da rede de prestação de cuidados de saúde, começando em regra pelos Cuidados de Saúde Primários e prosseguindo, sempre que necessário, para níveis crescentes de diferenciação e especialização” (DGS, 2003, pág.3).

No caso particular dos enfermeiros, o controlo da dor está no âmbito das suas competências e nos domínios da sua prática profissional, ética e legal. Deste modo, o enfermeiro toma por foco de atenção a dor contribuindo para a satisfação do cliente, o bem-estar e o autocuidado.

Enquanto profissional privilegiado pela proximidade e tempo de contato com o utente, o enfermeiro encontrasse numa posição relevante para promover e intervir no controlo da dor.

Para o enfermeiro, a dor representa um diagnóstico de enfermagem, ao qual será associado um plano de intervenção com a finalidade de obter um resultado positivo para o utente. Este plano de intervenção, inicia-se com a identificação do problema e passa por uma definição de procedimentos, que incluem a avaliação da dor, o planeamento de medidas específicas no combate à dor, a sua execução e consequente avaliação das mesmas.

A Ordem dos Enfermeiros (2008) considerou que o enfermeiro tem o dever de atuar sobre a dor através de intervenções de suporte emocional, o toque terapêutico e o conforto. Definiu, então, o conforto como a sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal, que pode ser conseguido através da promoção de apoio e segurança, da promoção do relaxamento, redução da ansiedade e controlo da dor, entre outros sintomas que provocam desconforto ao doente.

Neste sentido a OE, confirma “a importância da valorização, da avaliação e do alívio da dor como elementos vitais no contributo para o bem-estar e a qualidade

de vida das pessoas” (ORDEM DOS ENFERMEIROS 2008, pág.7). O controle da dor deve ser considerado como uma prioridade na prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade e é indispensável para a sua humanização.

No âmbito do domínio da ética profissional, os Enfermeiros assumiram o compromisso de prestar cuidados às pessoas ao longo do seu ciclo vital, na saúde e na doença, intervindo assim sobre a dor em todas as fases da existência do ser humano.

Na prestação de cuidados são responsáveis pelas suas práticas, para tal têm de dispor de autonomia e autoridade para atuar, baseada em valores e princípios éticos – responsabilidade moral – e nas competências profissionais – responsabilidade legal.

Pensar em Enfermagem em termos de responsabilidade e deveres sobre prevenção e controlo da dor reporta à deontologia. Pensar no direito da Pessoa ao cuidado de Enfermagem é seguir e respeitar, na prática, a deontologia profissional caminhando de encontro do direito da Pessoa ao cuidado de Enfermagem.

O controlo da dor é um dever ético dos enfermeiros, cabendo-lhes o respeito pelo princípio da beneficência, não maleficência, autonomia e respeito do doente.

A beneficência refere-se à obrigação ética de fazer o bem tendo como objetivo maximizar os benefícios e minimizar danos. É um foco de atenção nos cuidados de saúde, pois fazer o bem é algo implícito na própria ação de viver e conviver, sendo próprio da espécie humana e parte integrante das informações transmitidas pelas gerações no processo de criação e desenvolvimento da espécie.

A identificação da dor pelos profissionais de enfermagem é uma das grandes preocupações para a prestação de cuidados de qualidade. Torna-se fundamental que a dor seja identificada, avaliada e tratada para que assim os enfermeiros possam maximizar os benefícios e minimizar os prejuízos durante os cuidados efetuados.

O princípio de não maleficência é de fácil relação no controlo da dor. A não maleficência preconiza não fazer o mal e, junto com o princípio de beneficência, proíbe infligir danos deliberadamente. Assim, reconhece-se a necessidade de analgesiar os doentes quando a dor está presente ou quando se perspetiva a realização de um procedimento doloroso, ou no caso do pré hospitalar, quando se prevê o desconforto associado à extração, imobilização e transporte do doente até ao hospital de destino.

Paralelamente, o controlo da dor, enquanto intervenção terapêutica, merece ainda a reflexão ética sobre o direito de cada cidadão à sua autodeterminação (REICH cit por NUNES, 2010). Deste modo, qualquer profissional de saúde não pode intervir sobre a dor, de forma farmacológica ou não farmacológica, sem que antes informe os doentes sobre os motivos e da natureza do gesto ou ato que pretende praticar e sem que o doente, como pessoa autónoma, tenha dado o seu acordo, a sua aprovação.

Em pré hospitalar, o respeito à autodeterminação passa igualmente pela obtenção do consentimento informado sobre a forma expressa, isto é, consentimento informado é prestado ativamente (não tacitamente), na forma oral, no quadro de uma aliança terapêutica entre o profissional de saúde e o doente. Em todo o caso, o consentimento é livremente revogável a qualquer momento. No entanto, no caso de urgência / emergência, em que as pessoas em regra não podem dar o seu consentimento, de modo a validar as intervenções da equipa de saúde, deverá funcionar o princípio do consentimento presumido. Este aplica-se quando não estão reunidas as condições mínimas para a obtenção de consentimento expresso e não existem dados objetivos e seguros que permitam inferir que o doente se oporia a uma determinada intervenção.

De salientar que sempre que em virtude da situação de urgência, o consentimento apropriado não poder ser obtido, poder-se-á proceder imediatamente à intervenção medicamente indispensável em benefício da saúde da pessoa em causa, indo de encontro com o princípio da beneficência e da não maleficência.

Ainda no que se refere à autonomia, o profissional de enfermagem tem autonomia para realizar os cuidados ao doente, uma vez que as medidas não farmacológicas para alívio da dor estão descritas nas suas competências profissionais.

Já no que respeita ao cumprimento de protocolos existentes em pré hospitalar, nomeadamente nas ambulâncias de suporte imediato de vida, o enfermeiro assume-se responsável por avaliar os limites da sua atuação.

Assim, o enfermeiro capacitado para atender situações de urgência em contexto pré-hospitalar poderá assumir o controlo farmacológico sobre a dor desde que cumpra com os protocolos atualmente instituídos dirigidos à regulamentação de ações destinadas a outros profissionais de saúde academicamente habilitados, nomeadamente, os médicos.

O direito da justiça afirma que todas as pessoas devem ser tratadas de forma justa de acordo com sua situação. Este princípio é violado quando a avaliação da dor não é feita a todas as pessoas independentemente da sua condição. Isto é, quando a avaliação é desadequada tendo por base os juízos de valor. Todo o tipo de medidas sobre a dor deve ser instituída tendo por base só e somente a dor que o doente diz ter, excluindo o profissional de saúde avaliador de qualquer tipo de juízo envolvente na resposta. Tal fato, vai de encontro com a afirmação de McCaffery (1983 pág.22) que nos diz que a “Dor é o que o paciente diz ser e existe quando ele diz existir”.

Preconizando-se um sistema de saúde justo, com garantias de atenção e o cuidado individualizado a cada pessoa, o papel do enfermeiro passa por dar cumprimento ao ponto b) do Artigo 82º do Código Deontológico do Enfermeiro que nos diz que “o enfermeiro, no respeito do direito da pessoa à vida durante todo o seu ciclo vital, assume o dever de respeitar a integridade biopsicossocial, cultural da pessoa”. Este articula-se com o princípio geral da defesa da dignidade da pessoa humana (Artigo 78º, 1), assim como com os deveres de humanização dos cuidados (Artigo 89º) que nos dizem que o “enfermeiro, sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assume o dever de dar, enquanto presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única..(..)”.

6. Conclusão:

Após a realização deste trabalho foi-me possível concluir que o estudo da dor é algo extremamente complexo e de difícil abordagem por parte dos profissionais de saúde.

Atualmente a dor é considerada um importante problema de saúde pública que tradicionalmente era desvalorizada e até negligenciada pela nossa sociedade.

Nos últimos anos, a investigação tem contribuído para uma mudança dos comportamentos e atitudes da sociedade em geral e nos profissionais de saúde em particular. Controlar e aliviar a dor é um direito humano básico para todos os grupos etários sem exceção.

Todos os profissionais de saúde devem adotar estratégias de prevenção e controlo da dor dos indivíduos ao seu cuidado, contribuindo para o seu bem-estar, redução da morbilidade e humanização dos cuidados de saúde.

O recurso a intervenções não farmacológicas e farmacológicas sobre a dor constitui uma ação prioritária na prestação de cuidados de saúde de qualidade.

São várias as intervenções não farmacológicas para o controlo e alívio da dor. A sua escolha depende dos recursos existentes em cada serviço, da sensibilidade dos profissionais de saúde intervenientes, nomeadamente dos enfermeiros.

Em ambiente pré-hospitalar, os protocolos de gestão da dor devem incentivar os enfermeiros para usar as habilidades de comunicação para aliviar sofrimento e ansiedade, bem como a administração farmacológica de analgésicos com princípio de ação adequado a cada situação.

Paralelamente, importa referir que a monitorização da dor é igualmente importante em doentes sedados. Cientes de que a necessidade de induzir a

sedação pode ser necessária para a estabilização dos doentes em pré-hospitalar, nomeadamente nas vítimas de trauma, é imperativo que os profissionais de saúde estejam familiarizados com a avaliação da dor nestes doentes.

Devido à subjetividade inerente da dor, as decisões de avaliação e tratamento pode ser facilmente influenciado por preconceitos e emoção. Evans (2000) defende que a adesão aos princípios da ética fornece uma maneira muito prática, sem emoção de tomar decisões certas. As decisões, como as que envolvem o controlo da dor, pode ser feita com o pensamento, respeito e transparência para todos os envolvidos.

Neste sentido, cabe aos profissionais das equipas multidisciplinares de assistência pré hospitalar contrariarem a evidência da literatura que nos diz que os doentes não são analgesiados devidamente em situações de doença súbita e de trauma.

A mudança de comportamento implica persistência e consciencialização de todos não se revelando um processo fácil devido à necessidade de ligação entre os diferentes elos: administração, doente e profissionais. Os profissionais devem ser pioneiros na tomada de decisão e na consciencialização dos outros grupos, demonstrando os ganhos em saúde para eles e para os seus doentes. No entanto, ter consciência dos efeitos da dor não controlada nos doentes de pré hospitalar, identificar e reconhecer as atitudes dos profissionais de saúde que permitem este problema e ainda modificá-las são os primeiros passos rumo à promoção da qualidade da assistência pré-hospitalar.

7. Referências Bibliograficas

- ✓ ALONSO-SERRA H; WESLEY, K; (2003) - Prehospital Pain Management. National Association of EMS Physicians Standards and Clinical Practices Committee [em linha]. [Consult.10 Jun. 2014]. Disponível em: <http://www.naemsp.org/Pages/dialogPrehospitalPainManagement.aspx>
- ✓ BLACK, J.M.; MATASSARIN-JACOBS (1996) In Enfermagem Médico Cirúrgica: Uma Abordagem Psicofisiologica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996. cap. 6, pág 589-796.
- ✓ CALIL A; PIMENTA C, BIROLINI, D (2008) - The “Oligoanalgesia problema in the Emergency Care”. Clinic Science [em linha]. [Consult.10 Jun. 2014]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-59322007000500010
- ✓ CARTA DOS DIREITOS DO DOENTE INTERNADO (1999) in Código Deontológico do Enfermeiros: dos comentários à Analise de casos. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros, 2005
- ✓ DELANEY K; RUPP, T (2003) - Inadequate Analgesia in Emergency Medicine Annals of Emergency Medicine 43:4 APRIL 2004 [em linha]. [Consult.10 Jun. 2014]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15039693>
- ✓ DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2003)- Circular Normativa nº 09/DGCG de 14/06/2003 – A Dor como 5º sinal vital. Ministério da Saúde.
- ✓ DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2001)– Plano Nacional de Luta Contra a Dor. Lisboa: DGS, 2001. ISBN 972-9425-95-7.

- ✓ ELKIN, Martha Keene; PERRY, Anne Griffin; POTTER, Patricia A. - Intervenções de Enfermagem e Procedimentos Clínicos. 2.ªed. Loures: Lusociência, 2005. XXI, 1033 p. ISBN: 972-8383-96-7.
- ✓ EVANS (2000) - A sociological account of the growth of principlism. *The Hastings Center Report*, 30(5), 31-38 [Consult.10 Jun. 2014]. Disponível em:<http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-17-2012/No1-Jan-2012/Ethics-and-Pain-Management.html#Evans>
- ✓ GALINSKI M; RUSCEV,M; GONZALEZ G, et al.(2009) – Prevalence and Management of Acute Pain in Prehospital Emergency Medicine [em linha]. [Consult.10 Jun. 2014]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20507221>
- ✓ INSTITUTO NACIONAL DE EMERGENCIA MÉDICA (2013). Protocolo “Sedação e Analgesia: Procedimento para as Ambulâncias SIV”. Obtido em Maio de 2014.
- ✓ INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN – Core Curriculum for Professional Education in Pain. 3ª ed. Ed J. Edmond Charlton, 2005. ISBN 0-931092-65-5. [Consult. 10 Jun. 2014]. Disponível <http://www.iasp-pain.org/>.
- ✓ LOESER; MELZACK (1999) - Pain: an overview. *Medline* ;353(9164):1607-9. [em linha]. [Consult. 10 Jun. 2014]. Disponível em<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10334273>
- ✓ LOPES, M (2006)- A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica - Formasau – Formação e Saúde, Lda, Coimbra, 2006.2006)
- ✓ NUNES, R. (2010) – Consentimento Informado. Universidade do Porto: Faculdade de Medicina. [Em linha] [Consultado Junho 2014]. Disponível em<http://www.academianacionalmedicina.pt/Backoffice/UserFiles/File/Documentos/Consentimento%20Informado-RuiNunes.pdf>

- ✓ MARINANGELI, F; NARDUCCO, C; URSINI ET AL. (2009) Acute Pain and Availability of Analgesia in the prehospital emergency Setting in Italy: A Problem to bem Solved. Pain Prattice, Volume 9, Capitulo 4 pág.282-288.
- ✓ MAZZA, V. (2008) - A Comunicação Não-Verbal como Forma de Cuidado de Enfermagem: Ensino e Prática. Curitiba: Universidade do Paraná, 2008. [Em linha] Dissertação de Mestrado. [Consultado Junho 2014]. Disponível em http://www.enfermagem.ufpr.br/paginas/publicacoes/dissertacao_veronica_mazza.pdf
- ✓ MCCAFFERY, M. (1983) – Nurse`s Knowledge of Opioid analgesic drugs and psychological dependence. Cancer Nursing. Nº13, 1990. p.21-27.
- ✓ MILOJEVIC, K; CANTINEAU JP.; SIMON, L; et al (2001) - *Acute severe pain in emergencies. The key for efficient analgesia.* Ann Fr Anesth Reanim.;20:745–51. [em linha]. [Consult. 10 Jun. 2014]. Disponível em:[https://www.pediatriccareonline.org/pco/ub/citation/11759315/\[Acute_severe_pain_in_emergencies__The_key_for_efficient_analgesia\]_?amod=aa pea&login=true&nfstatus=401&nftoken=00000000-0000-0000-0000-000000000000&nfstatusdescription=ERROR%3a+No+local+token](https://www.pediatriccareonline.org/pco/ub/citation/11759315/[Acute_severe_pain_in_emergencies__The_key_for_efficient_analgesia]_?amod=aa pea&login=true&nfstatus=401&nftoken=00000000-0000-0000-0000-000000000000&nfstatusdescription=ERROR%3a+No+local+tokenORDEM DOS ENFERMEIROS (2007) Orientações relativas às atribuições doEnfermeiro no Pré-Hospitalar. Enunciado de Posição. (Acesso em 08 de Junho de 2014) Disponível em:http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao17Jan2007.pdf)ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007) Orientações relativas às atribuições doEnfermeiro no Pré-Hospitalar. Enunciado de Posição. (Acesso em 08 de Junho de 2014) Disponível em:<http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao17Jan2007.pdf>
- ✓ ORDEM DOS ENFERMEIROS (2008)- Dor - Guia Orientador de Boa Prática.Lisboa. 2008. Série I. Nº 1. ISBN: 978-972-99646-9-5. [em linha]. [Consult. 10 Jun. 2014]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos%20Enfermeiros/A%20Interven%C3%A7%C3%A3o%20do%20Enfermeiro%20no%20Controlo%20da%20Dor,%20por%20enfermeira%20Marina%20Castro.pdf>

- ✓ PAYEN, J., CHANQUE, G., MANTZ, J., et Al. (2007) - Current practices in sedation and analgesia for mechanically ventilated critically ill patients. *Anesthesiology* 106(4), 687-695. [em linha]. [Consult. 10 Jun. 2014]. Disponível em: <http://www.consensus-conference.org/data/Upload/Consensus/1/pdf/1641.pdf>
- ✓ PEDROSO, R; CELICH K,. (2006) – Dor: Quinto Sinal Vital, um desafio para o cuidar em Enfermagem. Florianópolis, 2006 Abr-Jun; 15(2):270-6. [em linha]. [Consult. 10 Jun. 2014]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n2/a10v15n2>
- ✓ PIMENTA, C (2000) – Controle da Dor no Domicílio. *Manual de Enfermagem* www.ids-saude.org.br/enfermagem (2000). 168-184
- ✓ PINHEIRO, J – Medicina de Reabilitação e Traumatologia do Desporto. Lisboa: Editorial Caminho, 1998. 195 p. ISBN 972-21-1169-8.
- ✓ ROMANEK, F; AVELAR, M.; (2012) - A multidimensionalidade da dor no ensino de Enfermagem em atendimento pré-hospitalar, às vítimas de trauma. *Rev Dor. São Paulo*, 2012 out-dez;13(4):350-5 [em linha]. [Consult. 10 Jun. 2014]. Disponível em http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB4QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.scielo.br%2Fscielo.php%3Fpid%3DS1806-00132012000400008%26script%3Dsci_arttext&ei=QJuZU6PzIls0gWC4oC4AQ&usg=AFQjCNEOL_4-cZqcjSJiosbw6qvrWGqBaw&bvm=bv.68911936,d.ZGU

- ✓ SANTOS, C., SOARES, C. (2008). O doente com alterações cognitivas: Como avaliar a sua dor. Lisboa. [em linha]. [Consult. 10 Jun. 2014]. Disponível em http://www.hsfxavier.min-saude.pt/Downloads_HSA/HSFX/Comunica%C3%A7%C3%A3o%20e%20Imagem/Jornal%20do%20Centro/2008/jornal32.pdf SIRIWARDENA N, SHAW D, BOULIOTIS G (2010) Exploratory cross-sectional study of factors associated with pre-hospital management of pain. Journal of Evaluation in Clinical Practice [em linha]. [Consult. 10 Jun. 2014]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20722889>

- ✓ SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS - Plano Nacional de Avaliação da Dor. [Consult. 10 Jun. 2014]. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PNAvaliacao_dor.pdf

- ✓ SOUSA, F (2002) - Dor: o quinto sinal vital. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Em Linha]. 2002, vol.10, n.3, pp. 446-447. ISSN 0104-1169 [Consult. 10 Jun. 2014]. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0104-11692002000300020&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

- ✓ WALDER,B; TRAMÈR, M (2004) - Analgesia and sedation in critically ill patients. Swiss Med. [em linha]. 134:333-346 [Consult. 10 Jun. 2014]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15318283>

- ✓ WATT-WATSON, Judith H. – Dor e controlo da Dor. In PHIPPS, Wilma J.; SANDS;

- ✓ Judith K.; MAREK, Jane F. - Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica. 6ª ed. em inglês. Loures: Lusociência, 2003. Vol. I. 2003, p.363-390. IBSN972-8383-65-7.

ANEXO VII

(Projeto de Intervenção: Prevenção e Controlo de Infecção nos meios INEM)



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
↳ Instituto de Ciências da Saúde

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRURGICA

Controlo de Infecção no Pré-hospitalar:

Proposta de Intervenção

Realizado por: Ana Karina Rocha

Carla Pires

Cármén Patrícia Moreira

Sara Oliveira

Sob orientação de: Mestre Lúcia Rocha

Porto, Julho de 2014

***“It cannot be necessary to tell a nurse that she should be clean,
or that she should keep her patient clean”***

Florence Nightingale, 1969

Lista de Abreviaturas / Siglas

IACS - Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

EPI - Equipamento de Proteção Individual

MEEEMC - Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

SIV – Suporte Imediato de Vida

Índice

1. Introdução.....	191
2. Prevenção e Controlo de Infecção no Pré-hospitalar.....	193
3. Proposta de Intervenção.....	195
3.1 Procedimentos / Instruções.....	195
3.2 Modo de Proceder / Descrição das Atividades.....	196
3.2.1 Limpeza.....	196
3.2.1.1 Técnica de Limpeza.....	198
3.2.1.2 Detergentes.....	199
3.2.2 Desinfecção.....	200
3.2.2.1 Desinfetantes.....	200
3.3 Limpeza e Desinfecção de Equipamentos.....	202
3.4 Procedimento de Limpeza da Célula Sanitária da Ambulância de Suporte Imediato de Vida.....	202
3.4.1 Material e Equipamento.....	203
3.4.2 Responsabilidades.....	204
4. Conclusão.....	205
5. Referências Bibliográficas.....	207
6. Anexos.....	209
 <i>Anexo I Folhas de Instruções de higienização da ambulância e materiais.....</i>	<i>211</i>
<i>Anexo II Guia de Limpeza e Desinfecção Individualizada do Equipamento da Ambulância de Suporte Imediato de Vida.....</i>	<i>215</i>
<i>Apêndices.....</i>	<i>219</i>
<i>Apêndice I – Fichas Técnicas.....</i>	<i>221</i>

1. Introdução

O presente trabalho insere-se no âmbito do Curso de Pós Licenciatura em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico - Cirúrgica incluído no módulo de Estágio em Enfermagem Médico-Cirúrgica III, e surge na sequência de uma proposta de intervenção com interesse prático para o local de estágio, neste caso, para as bases da Delegação Norte do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM).

A Emergência Pré-Hospitalar é o meio de atendimento que exige uma tomada de decisões rápida de forma precisa e objetiva, pois corre-se constantemente contra o tempo, os profissionais estão expostos a diversos riscos como infeções, contaminações e acidentes, principalmente, por manusearem materiais orgânicos de vítimas com antecedentes desconhecidos, podendo ocorrer infeção cruzada de microrganismos entre os profissionais e outras vítimas. Cientes de que o ambiente pré-hospitalar constitui um risco para o doente e para os profissionais, consideramos fundamental a implementação de intervenções com vista à prevenção de complicações. Esta necessidade surgiu após observação do trabalho dos profissionais nos mais diversos meios de assistência, concluímos que existia necessidade de melhoria nos procedimentos de limpeza e de desinfecção do material constituinte da carga das viaturas, o que quanto a nós constitui um défice de segurança e qualidade de cuidados.

A Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é uma infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

A IACS, não são uma problemática recente, mas assumem cada vez maior relevo em Portugal e no mundo. À medida que a esperança de vida aumenta e que as tecnologias são cada vez mais avançadas e invasivas, e consequentemente o número de doentes em terapêutica imunossupressora aumenta, existe um maior risco de infeção. Os estudos internacionais mostram que cerca de um terço das

infecções adquiridas no decurso da prestação de cuidados são evitáveis (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007)

O controlo de infeção é um aspeto importante na prestação de cuidados para os profissionais de saúde a nível da emergência pré-hospitalar. O objetivo principal das organizações de saúde deve ser o contínuo aperfeiçoamento e prestação de cuidados de saúde de qualidade com recurso a estratégias eficazes de controlo da infeção, baseadas na prevenção da transmissão da infeção (MCDONELL, 2008)

A capacidade de evitar as infeções pode e deve ser um indicador da qualidade dos cuidados prestados. O objetivo do controlo de infeção é evitar as infeções evitáveis e fazê-lo com custo-efetivo, tendo em conta os fundamentos básicos de controlo de infeção: remover os reservatórios e fontes; cortar as vias de transmissão e proteger o hospedeiro suscetível (COMISSÃO DE CONTROLO DE INFEÇÃO, 2007)

A metodologia adotada para constituir este projeto consiste em organiza-lo por capítulos, com recurso a uma estratégia descritiva e reflexiva.

O primeiro capítulo é referente à introdução aonde se define o projeto, faz-se referência à pertinência do tema durante o módulo de estágio no âmbito do MEEEMC. No segundo capítulo faz-se a exposição da proposta de norma onde serão descritos os procedimentos referentes à limpeza e desinfeção do ambiente pré-hospitalar. E finalizar-se-á com a conclusão seguindo-se das referências bibliográficas. Por último a apresentação dos anexos, sendo o Anexo I as fichas técnicas de alguns produtos de referência e o Anexo II o catálogo de produtos disponíveis nas ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV) e o Anexo III Guia de Limpeza e Desinfeção individualizada do equipamento da ambulância SIV

2. Prevenção e Controlo de Infecção no Pré-hospitalar

A Prevenção e Controlo das IACS's são importantes na medida em que evitam a transmissão de agentes infecciosos entre doentes e profissionais de saúde em todos os locais onde se prestam cuidados de saúde, incluindo na assistência pré-hospitalar. Assim, assume-se a prevenção e o controlo da infeção como fundamental para melhoria da qualidade dos cuidados prestados nas unidades de saúde.

A implementação das precauções básicas constitui a medida de primeira linha para o controlo das IACS's entre doentes e profissionais. Tais medidas incluem a higienização das mãos, o uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI), controlo ambiental, saúde e segurança dos profissionais, higiene / etiqueta respiratória e práticas de injeção seguras (CDC, 2007).

Estas devem ser usadas quando se prevê o contacto com sangue e fluídos orgânicos, secreções e excreções (exceto suor) e soluções de continuidade da pele e membranas mucosas. (Lino, 2014)

Na prestação de cuidados a doentes em contexto pré-hospitalar é importante a equipa garantir a segurança dos procedimentos efetuados, para tal é necessário que durante todos os cuidados prestados seja criado e mantido um ambiente seguro, utilizando estratégias de forma a garantir a qualidade e minimizar o risco, para segurança do doente e da equipa.

Durante a abordagem e estabilização do doente crítico são efetuados procedimentos e terapêuticas invasivas que aumentam os riscos associados de infeção, pois estes procedimentos provocam uma quebra nos mecanismos de proteção e defesas naturais do indivíduo podendo ficar seriamente comprometidas.

Como a abordagem e estabilização da vítima no pré-hospitalar é efetuada no local da ocorrência, é praticamente impossível fazê-lo sem recorrer a procedimentos que aumentem o risco de infecção, que continua mesmo durante a fase de transporte dentro da ambulância.

Numa situação de emergência, por vezes é difícil controlar de forma rigorosa a manutenção de práticas assépticas durante as intervenções realizadas por parte da equipa.

As IACS's na assistência pré-hospitalar estão, geralmente, associadas a procedimentos invasivos envolvendo técnica asséptica, com a gravidade da vítima e com a necessidade de realizar procedimentos emergentes.

No entanto é importante manter o equilíbrio entre a necessidade de procedimentos assépticos e de realizar técnicas de *"life saving"*, pois a execução de procedimentos assépticos em meio hospitalar é completamente diferente do pré-hospitalar no que concerne à manutenção da assepsia consequentemente o aumento do risco de infecção.

A evidência científica que garante a qualidade dos programas de controlo de infecção foi estabelecida pelo projeto SENIC (Study on the Efficacy of Nosocomial Infection Control) orientado pelo CDC entre 1974 e 1983, demonstrando que 32% das infeções nosocomiais (atualmente designadas de Infecção Associada aos Cuidados de Saúde) podiam ser evitadas (CUNHA, 2000).

O surgir de associações dedicadas ao controlo de infecção contribuiu para a elaboração de recomendações e *guidelines*, das quais se destacam a *Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology* (APIC), *Infectious Disease Society of America* (IDSA), *Society for Healthcare Epidemiology of America* (SHEA), o *Centers for Diseases Control and Prevention* (CDC), *Hospital Infection Program* (HIP) e *Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee* (HICPAC), como tal, denota-se a importância da utilização de medidas de controlo de infecção, sendo referências imprescindíveis na prestação de cuidados.

Mediante a importância de manter um ambiente seguro e com reduzido risco de infeção nas ambulâncias SIV, o grupo elaborou uma norma de procedimentos de atuação referente à limpeza e desinfeção do ambiente pré-hospitalar, que passa a ser descrito na página seguinte.

3. Proposta de Intervenção:

No decorrer deste capítulo expomos a nossa proposta de intervenção. No sentido de facilitar a sua compreensão assumimos uma nova numeração e alteramos o tipo de letra para “Century Gothic”.

3.1. Procedimentos / Instrução

Limpeza e Desinfeção do Ambiente Pré-Hospitalar.

Objetivo

- Informar acerca da necessidade de controlo de infeção em pré hospitalar
- Uniformizar procedimentos no domínio do Controlo de Infeção
- Servir como instrumento de apoio às atividades diárias, nomeadamente aquelas que são, pela sua importância, suscetíveis de risco para as Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

Âmbito ou campo de aplicação

Os procedimentos de limpeza e desinfeção destinam-se às ambulâncias SIV e a todo o seu material constituinte.

Considerações Gerais:

A limpeza e manutenção dos compartimentos e equipamentos constituintes das ambulâncias SIV, são medidas fundamentais para a prevenção de transmissão de infeção e para o controlo da qualidade em ambiente pré hospitalar.

A limpeza consiste no processo de remoção da sujidade o que inclui a remoção de microrganismos nela contidos e da matéria orgânica que favorece a sobrevivência e proliferação dos mesmos.

Um ambiente limpo e seco reduz os riscos de infeção para os doentes e profissionais, na medida em que a limpeza reduz significativamente o número e o tipo de microrganismos presentes (vertente microbiológica).

Contribui também para uma sensação de conforto por parte dos doentes e confere condições de trabalho dos profissionais (vertente não microbiológica).

A desinfeção de superfícies por rotina não está indicada, uma metodologia de descontaminação correta (água quente e detergente) consegue remover 80-85% dos microrganismos presentes e o tempo de recontaminação dessa mesma superfície é igual existindo posterior desinfeção ou não.

O uso de desinfetantes de forma incorreta gera problemas de risco ambiental e de saúde dos profissionais e doentes, podendo também danificar superfícies e materiais por processos de corrosão e abrasão.

3.2. Modo de Proceder / Descrição das atividades

As atividades assentam nos seguintes pontos: limpeza, detergentes, desinfeção, limpeza e desinfeção dos equipamentos, material e erros graves.

3.2.1 Limpeza

A limpeza é um processo, fundamentalmente físico, cujo objetivo é a separação ou o desprendimento de todo o tipo de sujidade agarrada às superfícies, objetos e utensílios e a posterior eliminação da solução detergente durante a fase de enxaguamento final.

A sua ação pode ser desempenhada através de meios químicos, mecânicos ou térmicos com a função de verificação e manutenção da aparência das superfícies e ação de redução de contaminação de microrganismos transitórios.

- Meio químico: ação de produtos com propriedades de dissolução, dispersão e suspensão de sujidade;
- Meio mecânico: ação obtida pelo meio de esfregar manualmente ou pela pressão de uma máquina de lavar, permitindo a remoção da sujidade;
- Meio térmico: ação pelo calor, o qual reduz a viscosidade da gordura, tornando-a mais fácil de remover. Sempre que a temperatura for alta e aplicada em tempo suficiente, ela também poderá ter (por si só) uma ação desinfetante ou esterilizante.

Aquando do processo de limpeza, há que ter em atenção o tipo de sujidade que se pretende remover, considerando cada superfície, a sua utilização e assim a seleção do produto adequado.

Ao considerar os procedimentos de limpeza devemos definir os seguintes aspetos relativamente à sua frequência.

- A **limpeza diária (d)** refere-se à higienização básica do ambiente, feitas com pano, água e sabão (húmida ou seca). Este procedimento é usado para limpar chão e estruturas laterais da ambulância e para esvaziamento ou troca de recipientes.

- A **limpeza semanal (s)** envolve uma higienização mais completa que a diária, em todos os ambientes e materiais, nos lados internos e externos. Deve ser realizada pelo menos uma vez por semana.

- A **limpeza imediata (i)**, é feita em ambientes críticos, com grande risco de contaminação. Essa limpeza deve ser feita logo que o ambiente for sujo, para evitar que os resíduos sequem ou se espalhem, e, assim, as bactérias comecem a se proliferar. Aplica-se logo que ocorram salpicos ou derramamento de produtos biológicos (sangue ou matéria orgânica) em qualquer altura do dia.

3.2.1.1 Técnicas de Limpeza

A limpeza é feita apenas com água e detergente usando-se, inicialmente, um pano húmido para recolha de resíduos, seguindo-se de limpeza com água e detergente, retirando toda a sujidade.

A limpeza responde a vários princípios técnicos:

- **Orientação horizontal** - Da zona mais afastada para a mais próxima da saída;
- **Orientação Vertical** - De cima para baixo, das superfícies que se encontram mais afastadas do chão para as que se encontram mais próximas;
- **Orientação Limpo-Sujo** - Limpar primeiro as zonas que se encontram mais limpas e progredir para as mais sujas;
- **Não levantar pó** - Fazer limpeza por meios húmidos, não utilizar materiais ou técnicas de limpeza que levistem ou dispersem o pó;
- **Secar adequadamente** - Depois da limpeza as superfícies devem ficar o mais secas possível. Nunca deixar uma superfície/equipamento ou pavimento molhados ou húmidos, uma vez que o meio líquido favorece o desenvolvimento de microrganismos.
- **Uso de dois Baldes:** A técnica de limpeza utilizando dois baldes tem por objetivo estender o tempo de vida útil do detergente, diminuindo o custo e a carga de trabalho:

Procedimento

- Preparar dois baldes, um com água e detergente e outro apenas com água;
- Mergulhar o pano no balde com água e detergente, torcendo-o bem para retirar o máximo possível de água (substitui a operação de remover o pó seco, e ao mesmo tempo promover a limpeza);
- Abrir o pano humedecido, dobrando-o em 2 ou 4;
- Limpar as superfícies, desdobrando o pano para utilizar todas as dobras limpas;
- Limpar em paralelo, com movimentos ritmados, longos e retos;
- Lavar o pano no balde que contém apenas a água, após utilizar todas as dobras;
- Voltar a mergulhar o pano no balde com água e detergente, para se necessário, reiniciar o procedimento de limpeza;
- Repetir a operação quantas vezes se considerar necessário para promover a limpeza;
- Trocar o conteúdo dos baldes sempre que visivelmente sujo, quantas vezes forem necessárias;
- Despejar conteúdo dos baldes;
- Limpar e guardar todo o material após o uso;
- Lavar as mãos.

3.2.1.2 Detergentes

O detergente é um produto utilizado para limpeza, contendo tensioativos destinados a favorecer a eliminação da sujidade visível através da água (emulsionam gorduras e mantêm resíduos em suspensão).

O detergente não destrói os microrganismos por ação direta, mas por desagregação da sujidade das superfícies em suspensão na solução de lavagem.

Após a utilização de um detergente as superfícies ficam visivelmente limpas mas não desinfetadas.

As fichas técnicas destes produtos encontram-se no Apêndice I.

O catálogo de produtos presente em cada ambulância SIV encontra-se no Anexo II.

3.2.2 Desinfecção

A desinfecção consiste na operação de eliminar, reduzir ou inativar microrganismos indesejáveis em meios inertes. Os resultados são limitados aos microrganismos presentes no momento da operação (momentâneo).

A desinfecção deve ser SEMPRE precedida pela limpeza, garantindo o cumprimento as suas três etapas: limpeza, enxaguamento e secagem.

A desinfecção utiliza-se a diferentes níveis:

- Desinfecção de superfícies;
- Desinfecção de material e instrumentos;
- Desinfecção mecânica de material termo sensível.

3.2.2.1 Desinfetantes

Condições de utilização dos desinfetantes:

- Conhecer a ficha técnica do produto;
- Respeitar as indicações de utilização (procedimento);

- Respeitar as dosagens e diluições recomendadas (sobredosagem é ineficaz e pode danificar o material e prejudicar gravemente a saúde de quem o manipula);
- Respeitar tempos de contacto e temperatura da água de diluição;
- Respeitar datas de validade e conservação do produto após a abertura (datar abertura nos frascos é muito importante);
- Utilizar embalagens de origem.

Não devem ser utilizados dispersores ou borrifadores com a solução diluída de desinfetante por risco de produção de aerossóis (recomendação do fabricante).

O desperdício da solução diluída de desinfetante deve ser feito para a canalização comum em simultâneo com água corrente (de forma a aumentar a diluição) e nunca na sua forma pura ou apenas com a primeira diluição.

Álcool a 70%

O álcool a 70% é utilizado na Desinfecção Imediata e deverá ser usado após limpeza. Este está indicado para a desinfecção de equipamentos, bancadas, macas, superfícies metálicas e etc

Procedimento:

- Retirar o excesso da carga contaminante (matéria orgânica) se houver, com papéis absorventes, utilizando sempre luvas;
- Proceder à limpeza com água e detergente em toda superfície, usando a técnica de pano húmido;
- Embeber o pano no álcool e fazer 3 fricções locais por 30 segundos, deixando a superfície secar espontaneamente;
- Manter o frasco rotulado com nome da solução, validade, data da abertura e assinatura;

- O prazo máximo para uso da solução, após a abertura do frasco, é de 7 dias;

As fichas técnicas dos desinfetantes encontram-se no Apêndice I.

3.3 Limpeza e Desinfecção de Equipamentos

As ambulâncias SIV possuem uma grande diversidade de equipamentos, sendo a sua limpeza e desinfecção condicionada pelas suas características físicas e materiais, assim como pelas indicações do fabricante.

É obrigatório conhecer as indicações do fabricante antes de aplicar um produto ou executar a limpeza/desinfecção de um equipamento.

O uso incorreto/desadequado dos produtos de limpeza poderá resultar em dano/má função ou mesmo inutilização do equipamento.

Procede-se à discriminação dos produtos de limpeza e desinfecção adequados aos equipamentos mais comuns da carga da SIV no Anexo III.

3.4 Procedimento Limpeza Célula Sanitária da ambulância SIV

- Recolher todo o material constituinte da carga da ambulância e coloca-lo no exterior;
- Preparar dois baldes, um com água e detergente, outro apenas com água;
- Limpar a célula humedecendo um pano com água e detergente;
- Começar pelo teto e partes laterais do interior da célula sanitária;
- Passar pano húmido embebido em água pura duas vezes, ou mais se necessário, para retirar todo o detergente;
- Não misturar os panos de limpeza de bancadas com os de limpeza do chão;
- Retirar as luvas de limpeza de bancadas e lavar as mãos;

- Colocar as luvas destinadas à limpeza do chão;
- Proceder à limpeza do chão com água e detergente começando pela parte mais distal da ambulância (junto à célula do condutor) e ir limpando com movimentos paralelos até à porta de saída exterior;
- Lavar o pano no balde com água pura;
- Passar o pano húmido com água pura para retirar todo o detergente quantas vezes forem necessárias;
- Deixar secar;
- Calçar novas luvas;
- Substituir a água do balde;
- Limpar individualmente a carga constituinte da ambulância, respeitando a técnica de limpeza de cada equipamento;
- Arrumar a carga, alocando-a no seu respetivo local.

3.4.1 Material e Equipamento

Considera-se material necessário para a realização da limpeza e desinfeção do ambiente:

- Toalhetes secos descartáveis;
- Toalhetes impregnados com detergente;
- Medidor de soluções líquidas pequeno (50ml);
- Medidor de soluções líquidas grandes (balde volumétrico);
- Recipientes para colocar a solução diluída;
- Caneta para identificar recipiente;
- Aventais de plástico descartáveis;
- Luvas descartáveis;
- Catálogo explicativo de diluições de detergentes e desinfetantes;

Cada equipa deve garantir a disponibilidade e preservação do material necessário, a utilização de materiais não recomendados ou a sua não disponibilidade poderá levar a incumprimentos no processo de limpeza e desinfeção.

3.4.2 Responsabilidades

São das responsabilidades conjuntas dos Enfermeiros e TAE's das SIV:

- Executar procedimentos de limpeza de acordo com A Política de Limpeza e Desinfeção do Ambiente Pré- Hospitalar;
- Assegurar um ambiente limpo dentro da ambulância e na base SIV;
- Respeitar as condições de utilização de detergentes e desinfetantes;
- Utilizar EPI's de acordo com o regulamentado;
- Alertar a sede INEM sobre material/equipamento danificado (ou que não cumpra a sua função);
- Executar a Triagem correta de Resíduos Hospitalares de acordo com os Procedimentos N°1 (Resíduos Hospitalares Perigosos - Grupos I e II), N°3 (Resíduos Hospitalares Perigosos - Grupos III e IV) e N°7 (Resíduos Líquidos com Risco Biológico).

4 Conclusão

As atividades ligadas à prevenção e controlo de infeção têm sido uma área do conhecimento em constante evolução nos últimos 30 anos. Os esforços para reduzir o risco da IACS, baseados na vigilância epidemiológica, na pesquisa e na formação profissional, têm balanceado com um número crescente de doentes imunodeprimidos, com o surgimento das resistências aos antibióticos, com as infeções multi-resistentes e com a necessidade de proceder a técnicas invasivas.

O facto de 25 a 50% das IACS estarem associadas a um efeito combinado entre procedimentos invasivos e a flora endógena, realça a importância da filosofia da prevenção. (CUNHA, 2000) Neste contexto, as CCI têm desempenhado um papel importante, ao determinar as políticas e ao elaborar programas efetivos de luta contra as infeções baseadas na evidência.

A limpeza, desinfeção são essenciais para proteger os doentes e a equipa de microrganismos patogénicos. Com este trabalho pretendemos salientar que para conseguir prevenir e controlar a infeção no cenário pré-hospitalar, é necessário desenvolver estratégias para gerir eficazmente os riscos.

O avanço na área do controlo de infeção requer o desenvolvimento de um conjunto de partilha de valores organizacionais, de diretrizes de conduta e princípios de qualidade que apoiem a estratégia do serviço de controlo de infeção. Cuidadosa atenção a este processo irá fornecer a segurança que é necessária ao cuidar de doentes. (MCDONELL, 2008)

O processo de mudança de comportamentos é um desafio que significa conhecer a situação real do problema e implantar medidas que as solucionem. Assim, esperamos que o esforço deste trabalho seja reconhecido, e que a prevenção e controlo da infeção seja uma realidade em crescendo entre os profissionais integrantes dos meios de socorro pré hospitalar.

Todo o material que apresentamos em anexo foi pensado no sentido de ser de fácil acesso e consulta, pelo que consideramos pertinente a sua alocação junto das folhas de check list das ambulâncias SIV. Cientes de que as medidas futuras dependerão somente dos intervenientes da instituição INEM, pensamos ter dado um contributo com vista à melhoria da qualidade dos cuidados cumprindo com um dos objetivos para este estágio.

Em suma, enquanto futuras enfermeiras especialistas pensamos ter adquirido competência capaz de nos fazer equacionar os problemas e dar - lhes um caminho seguro atuando de forma técnica e científica, conforme pretendido com a realização deste trabalho.

5 Referências Bibliográficas e Documentos associados:

- ✓ ARSLVT (2009). Manual de Procedimentos: Higienização das Instalações dos Centros de Saúde. Fevereiro
- ✓ ARS Norte (2013). *Manual de Controlo de Infecção*
- ✓ Centers of Disease Control and Prevention (2007). *Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings*. Disponível em <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/isolation/Isolation2007.pdf> acedido em 7 de Junho de 2014
- ✓ Comissão de Controlo de Infecção (2007). *Manual da CCI*. Porto: Centro Hospitalar do Porto
- ✓ Cunha, J. M. A. (2000). *Prevenção e Controlo da Infecção na Emergência Pré-Hospitalar: Projeto de Intervenção na VMER do Pedro Hispano*. Porto: Escola Superior de Enfermagem Cidade do Porto. Tese de Investigação do Curso de Enfermagem em Controlo de Infecção
- ✓ Lino, A. (2014). *Precauções Padrão, Básicas ou Universais*. Enfermagem Médico-Cirúrgica I – Módulo III – Infecção Hospitalar. Aparentamentos 7º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Instituto Ciências da Saúde – Universidade Católica do Porto
- ✓ Ministério da Saúde (2007). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde*. Lisboa

- ✓ Mcdonell, A. (2008) *Issues of infection control in prehospital settings*. Journal of Emergency Primary Health Care. Vol. 6. No 4. p. 1-10. ISSN: 1447-4999

ANEXOS:

ANEXO I

FOLHA DE INSTRUÇÃO DE HIGIENIZAÇÃO DA AMBULANCIA E MATERIAIS

Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

**Instituto Nacional de Emergência Médica**

Ana Karina Rocha, Carla Pires, Cármen Patrícia Moreira, Sara Oliveira sob orientação da Mestre Lúcia Rocha e Enfermeira Especialista Adriana Machado

SERVIÇO DE AMBULÂNCIAS DE EMERGÊNCIA**Folha de instruções de higienização da ambulância e materiais**

Equipamento	Frequência	Produto		Comentário
		Limpeza	Desinfecção	
Seringa Infusora	Imediata e semanal	Anios	Álcool 70° ou Anios e Saniclean ou Granoghi	Não borrifar ou molhar as aberturas laterais e a entrada da fonte de alimentação com detergente ou desinfetante.
Braçadeiras de Pressão Arterial (Automáticas ou Esfigmomanómetros)	Imediata, diária e semanal	Anios	Álcool 70° ou Anios e Saniclean ou Granoghi	Quando macroscopicamente suja, e se possível, a braçadeira deverá ser trocada.
Cadeira de Transporte	Imediata e semanal	Anios	Álcool 70° ou Anios e Saniclean ou Granoghi	
Maca de Transporte	Imediata e semanal	Anios	Álcool 70° ou Anios e Saniclean ou Granoghi	Deverá usar-se sempre que possível um lençol descartável entre a maca e o utente.
Plano Duro	Imediata e semanal	Anios	Álcool 70° ou Anios e Saniclean ou Granoghi	
Macas de Extração	Imediata e semanal	Anios	Álcool 70° ou Anios e Saniclean ou Granoghi	
Monitor	Imediata, diária e semanal	Anios	Anios e Saniclean ou Granoghi	Não borrifar ou molhar as aberturas laterais e a entrada da fonte de alimentação com detergente ou desinfetante.
Aspirador de Secreções	Imediata e semanal	Anios	Álcool 70° ou Anios e Saniclean ou Granoghi	Não borrifar ou molhar as aberturas laterais e a entrada da fonte de alimentação com detergente ou desinfetante.
Rádio e Computador	Imediata, diária e semanal	Anios	Álcool 70° ou Anios e Saniclean ou Granoghi	Não borrifar ou molhar as aberturas laterais e a entrada da fonte de alimentação com detergente ou desinfetante. Ecrã deve ser higienizado com produto próprio*.
Ventilador de Transporte	Imediata e semanal	Anios	Álcool 70° ou Anios e Saniclean ou Granoghi	Não borrifar ou molhar as aberturas laterais e a entrada da fonte de alimentação com detergente ou desinfetante.
Sacos de abordagem	Imediata, diária e semanal	Anios	Álcool 70° ou Anios e Saniclean ou Granoghi	Interior e exterior. Sem esquecer fechos, alças...
Célula Sanitária	Imediata, diária e semanal	Anios	Saniclean, Álcool 70° ou Anios e Surfamios	

ANEXO II

GUIA DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO INDIVIDUALIZADA DO EQUIPAMENTO DA AMBULANCIA SIV

Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

**Instituto Nacional de Emergência Médica**

Ana Karina Rocha, Carla Pires, Cármen Patrícia Moreira, Sara Oliveira sob orientação da Mestre Lúcia Rocha e Enfermeira Especialista Adriana Machado

SERVIÇO DE AMBULÂNCIAS DE EMERGÊNCIA**Folha de instruções de higienização da ambulância e materiais**

Nome Comercial do Produto	Categoria	Indicações	Modo de Emprego
	Detergente; Desinfetante de superfícies	Limpeza e Desinfecção de Superfícies Horizontais acima do solo: - Maca - Célula Sanitária Interior - Monitores e cabos	- Pulverizar o produto em diferentes pontos das superfícies - Espalhar a solução com ajuda de um pano seco, sem secar; - Não Enxaguar - Deixar secar
	Sabão Líquido Hipoalergénico para mãos e pele sã	Desinfetante para mãos quando estão visivelmente sujas ou contaminadas com matéria orgânica, após prestação de cuidados a doentes com <i>Clostridium difficile</i>, antes e após as refeições, após usar as instalações sanitárias	- Molhar as Mãos - Colocar 3ml de solução nas mãos - 5 passos – 1 minuto - Secar com folha de papel
	Desinfetante de Uso Geral à Base de Cloro	Limpeza geral e desinfecção de louça sanitária e fardamento	Para manchas de fardamento: - Deixar a roupa inteiramente molhada em água, adicionar 100 ml. de produto para cada 0,5 Litros de água. Deixar de molho por 15 minutos e enxaguar. Para limpeza de louça sanitária e talas: - Na remoção de manchas usar puro e enxaguar. Para limpeza e desinfecção: - Diluir 30 ml. do produto em 0,1 Litro de água, deixar agir por alguns minutos e enxaguar
	Desinfetante para mãos e pele sã	Desinfecção de mãos tanto antes de procedimentos limpos/assépticos, como, na maioria dos procedimentos utilizados na prestação de cuidados, desde que as mãos estejam visivelmente isentas de sujidade ou matéria orgânica	- Aplicar o anti-séptico de base alcoólica para fricção das mãos - Não necessita de água nem toalhletes. - 5 passos da desinfecção das mãos durante 15-30 segundos.
	Detergente; Desinfetante de superfícies	Limpeza e desinfecção de pisos e superfícies, paredes e materiais médicos - Chão da ambulância	- Calçar luvas - Selecionar 2 baldes com 8 litros de água, cada. - Deixar 20 ml de Surfianos num dos baldes - Após varrer a superfície, humedece-la com uma esfregona só com água - Passar a esfregona envolvida na diluição de Surfianos em movimentos tipo S. - Não enxaguar - Deixar secar
	Absorvente Rápido de Líquidos Orgânicos	Absorve rapidamente fluidos como sangue e urina presentes nas superfícies.	- Calçar Luvas - Espalhar uma camada fina sobre os fluidos - Esperar alguns instantes até solidificar - Recolher com a ajuda de uma pá e vassoura

APÊNDICES

APÊNDICE I

Fichas Técnicas



FICHA TÉCNICA

Versão Nº3: 09-03-2012

GRANOCHI

1 - IDENTIFICAÇÃO:

- Designação Comercial: **GRANOCHI**
- Comercializado por: **IMPORQUIMICA, S.A.**
- Utilização: Absorvente com funções bactericidas.

2 - NATUREZA QUÍMICA:

- Compostos expansivos com alta capacidade de absorção, agentes fixadores, neutralizantes de maus cheiros, sais de amónios quaternários e pó de reodorização.
- Produto biocida classificado como TP2: Compostos de amónio quaternário, benzil-C12-14-alkildimetil, cloretos (2 g/kg).

3 - PROPRIEDADES FÍSICAS:

- Estado Físico: Sólido (pó)
- Solubilidade/Miscibilidade: Solúvel em água
- pH puro: 7,0
- Massa volúmica: 900 g/l \pm 30 g/l

4 - ARMAZENAGEM E MANIPULAÇÃO:

- Precauções de armazenagem e manipulação: Armazenar fora do alcance das crianças. Fechar a embalagem após cada utilização. Não armazenar em locais húmidos.
- Reacção química: Neutra.

5 - INFLAMAÇÃO E EXPLOÇÃO:

- Ininflamável.

6 - PRIMEIROS SOCORROS:

- Em caso de contacto com a pele ou os olhos, ou de indisposição, consultar o médico se necessário.

7 - OUTRAS INDICAÇÕES:

- Produto não sujeito a etiquetagem de nocividade e toxicidade segundo as directivas europeias em vigor.
- Para informação detalhada sobre Segurança e Manipulação, consultar Ficha de Dados de Segurança do produto.

FICHA DE DADOS DE SEGURANÇA (Regulamento (CE) n.º1907/2006 - n.º453/2010)
VERSÃO N.º3 (16/09/2011)
SANICLEAN

Página 1 de 6



Imporquímica
Indústria Portuguesa de Produção Química

FICHA DE DADOS DE SEGURANÇA

SECÇÃO 1 - IDENTIFICAÇÃO DA SUBSTÂNCIA/PREPARAÇÃO E DA SOCIEDADE/EMPRESA

1.1. Identificador do produto

Nome: SANICLEAN

1.2. Utilizações identificadas relevantes da substância ou mistura e utilizações desaconselhadas

Sistema de descrição de uso (REACH)

Espuma activa bactericida e fungicida.

1.3. Identificação do fornecedor da ficha de dados de segurança

Denominação social: IMPORQUÍMICA S.A.

Endereço: Zona Industrial do Alto do Carvalhinho Lote 11 AP 39 2861-909 Moita

Telefone: 212808390 Fax: 212808395 e-mail: info@imporquimica.pt

1.4. Número de telefone de emergência

IMPORQUÍMICA S.A.: +351 212808390

Telefone do Centro de Informação Anti-Venenos: 808 250 143

SECÇÃO 2 - IDENTIFICAÇÃO DOS PERIGOS

2.1. Classificação da substância ou mistura

De acordo com o regulamento EC nº 1272/2008 e suas alterações.

Esta mistura não apresenta risco físico. Consulte as recomendações quanto aos outros produtos listados no site.

Esta mistura não apresenta risco para a saúde.

Esta mistura não apresenta risco ambiental. Não há danos ambientais conhecidos ou previsíveis sob condições normais de uso.

De acordo com as directivas 67/548/EEC, 1999/45/EC e suas alterações.

Esta mistura não apresenta risco físico. Consulte as recomendações quanto aos outros produtos listados no site.

Esta mistura não apresenta risco para a saúde.

Esta mistura não apresenta risco ambiental. Não há danos ambientais conhecidos ou previsíveis sob condições normais de uso.

2.2. Elementos do rótulo

Mistura biocida (veja capítulo 15).

Mistura para aplicação por aerossol.

De acordo com os regulamentos (EC) nº 1272/2008 e suas alterações.

Suplementares de rotulagem:

Recomendações de prudência - Prevenção:

P251 Recipiente sob pressão. Não furar nem queimar, mesmo após utilização.

Recomendações de prudência - Armazenamento:

P410 + P412 Manter ao abrigo da luz solar. Não expor a temperaturas superiores a 50°C/122°F.

De acordo com as directivas 67/548/EEC, 1999/45/EC e suas alterações.

Contém:

Contém 8.2% em massa de componentes inflamáveis.

Indicação de risco:

Indicação de segurança:

Recipiente sob pressão. Proteger dos raios solares e não expor a temperaturas superiores a 50°C.

Não furar ou queimar, mesmo após utilização.

2.3. Outros perigos

Sem dados disponíveis.

FICHA DE DADOS DE SEGURANÇA (Regulamento (CE) n.º 1907/2006 - n.º 453/2010)
VERSÃO N.º 3 (16/09/2011)
SANICLEAN

Página 2 de 6

SECÇÃO 3 - COMPOSIÇÃO/INFORMAÇÃO SOBRE OS COMPONENTES

3.1. Substâncias

Nenhuma substância corresponde aos critérios enunciados no anexo II parte A do regulamento REACH (CE) n.º 1907/2006.

3.2. Misturas

Composição:

Identificação			Nome	Classificação	%
INDEX	CAS	EC			
-	68391-01-5	269-919-4	COMPOSTOS DE AMÔNIO QUATERNÁRIO, BENZIL-C12-18-ALQUIDIMETIL, CLORETOS	GHS07, GHS05, GHS09, DgrC,NH:302-312-314.18-400 R: 34-50-21/22	≥0 e <2,5
-	85409-23-0	287-090-7	COMPOSTOS DE AMÔNIO QUATERNÁRIO, C12-14-ALQUIL [(ETILFENIL)METIL]DIMETIL, CLORETOS	GHS07, GHS05, GHS09, DgrC,NH:302-312-314.18-400 R: 34-50-21/22	≥0 e <2,5

Outros dados:

Nota importante: A descrição da classificação dada nesta secção é referente aos componentes na sua forma pura e não à classificação da preparação.

SECÇÃO 4 - PRIMEIROS SOCORROS

De uma maneira geral, em caso de dúvida ou se os sintomas persistem, chamar um médico.

NUNCA fazer ingerir nada a uma pessoa inconsciente.

4.1. Descrição das medidas de primeiros socorros

Em caso de exposição por inalação:

Em caso de projecções ou de contacto com os olhos:

Imediata e com cuidado lavar os olhos com água.

Em caso de projecções ou de contacto com a pele:

Lavar com água.

Em caso de ingestão:

Procure atenção médica, mostrando o rótulo.

Enxaguar a boca.

Consultar um médico, assim que possível e mostrar-lhe rótulo ou produto ingerido.

4.2. Sintomas e efeitos mais importantes, tanto agudos como retardados

Sem dados disponíveis.

4.3. Indicações sobre cuidados médicos urgentes e tratamentos especiais necessários

SECÇÃO 5 - MEDIDAS DE COMBATE A INCÊNDIOS

Não inflamável.

5.1. Meios de extinção

Métodos adequados de extinção

Em caso de incêndio, use:

- Pó ABC multiuso

- Pó BC

5.2. Perigos especiais decorrentes da substância ou mistura

Um incêndio produzirá frequentemente fumos negros espessos. A exposição aos produtos de decomposição pode comportar perigos para a saúde.

Não respirar os fumos.

5.3. Recomendações para o pessoal de combate a incêndios

Sem dados disponíveis.

SECÇÃO 6 - MEDIDAS A TOMAR EM CASO DE FUGAS ACIDENTAIS

6.1. Precauções individuais, equipamento de protecção e procedimentos de emergência

6.2. Precauções a nível ambiental

Conter e recolher o material da fuga com materiais absorventes não combustíveis, por exemplo: areia, terra, vermiculite, terra diatomácea nos contentores para a eliminação dos detritos.

Impedir qualquer penetração/contaminação de esgotos ou cursos de água.

6.3. Métodos e materiais de confinamento e limpeza

Limpar de preferência com um detergente, evitando a utilização de solvente.

FICHA DE DADOS DE SEGURANÇA (Regulamento (CE) n.º1907/2006 - n.º453/2010)
VERSÃO N.º3 (16/09/2011)
SANICLEAN

Página 3 de 6

6.4. Remissão para outras secções

Sem dados disponíveis.

SECÇÃO 7 - MANUSEAMENTO E ARMAZENAGEM

As exigências quanto aos locais de armazenamento se aplicam a todas as instalações onde a mistura é manuseada.

7.1. Precauções para um manuseamento seguro

Sempre lave as mãos depois de manusear.

Prevenção dos incêndios

Não furar ou queimar, mesmo após utilização.

Proibir o acesso às pessoas não autorizadas.

Equipamentos e procedimentos recomendados

Cumprir as precauções indicadas na etiqueta assim como as regulamentações sobre a protecção do trabalho.

Não respirar os aerossóis.

Equipamentos e procedimentos proibidos

É proibido fumar, comer e beber nas áreas onde esta mistura é usada.

7.2. Condições de armazenagem segura, incluindo eventuais incompatibilidades

Sem dados disponíveis.

Armazenamento

Recipiente sob pressão. Proteger dos raios solares e não expor a temperaturas superior a 50°C.

Embalagem

Conservar sempre em embalagens de um material idêntico ao de origem.

7.3. Utilizações finais específicas

Sem dados disponíveis.

SECÇÃO 8 - CONTROLO DA EXPOSIÇÃO/PROTECÇÃO INDIVIDUAL

8.1. Parâmetros de controlo

8.2. Controlo da exposição

Inspecções técnicas adequadas

Medidas de protecção pessoal, tais como equipamento de protecção pessoal

Use equipamento de protecção pessoal que esteja limpo e tenha recebido manutenção adequada.

Mantenha o equipamento de protecção pessoal num local limpo, longe da área de trabalho.

Nunca coma, beba ou fume durante o uso. Remova e lave as roupas contaminadas antes de reutilizá-las. Assegure-se que haja ventilação adequada, especialmente em áreas confinadas.

- Protecção para os olhos / face

Evitar o contacto com os olhos.

Utilizar protecções oculares concebidas contra as projecções de líquidos.

Antes do manuseio, ponha óculos de segurança de acordo com a norma EN166

- Protecção das mãos

Use luvas de protecção adequadas em caso de contacto repetido ou prolongado com a pele.

Tipo de luvas aconselhado:

- Látex natural

- Borracha de nitrilo (borracha de copolímero butadieno-acrilonitrilo (NBR))

- PVC (cloreto de polivinilo)

- PVA (álcool polivinílico)

- Borracha de butilo (copolímero isobutileno-isopreno)

- Protecção do corpo

Vestimentas de trabalho usadas pelos funcionários devem ser lavadas regularmente.

Depois de contacto com o produto, todas as partes do corpo que tenham sido atingidas tem que ser lavadas.

8.2.3. Controlo de exposição associado a protecção ambiental

FICHA DE DADOS DE SEGURANÇA (Regulamento (CE) n.º1907/2006 - n.º453/2010)
VERSÃO N.º3 (16/09/2011)
SANICLEAN

Página 4 de 6

SECÇÃO 9 - PROPRIEDADES FÍSICAS E QUÍMICAS

9.1. Informações sobre propriedades físicas e químicas de base

Informações gerais:

Estado Físico:	Líquido Fluido
Cor:	Incolor
Odor:	Citrinos

Dados importantes sobre a saúde, a segurança e o ambiente:

Carácter ácido-base:	Base Fraca
pH:	11,30
Ponto/intervalo de ebulição:	Impreciso
Intervalo de Ponto de inflamação:	Não abrangido
Pressão de vapor:	Não abrangido
Densidade relativa:	= 1
Solubilidade/Miscibilidade em água:	Miscível
Ponto/intervalo de fusão:	Impreciso
Temperatura de auto-inflamação:	Imprecisa
Ponto / intervalo de decomposição:	Impreciso

9.2. Outras informações

Sem dados disponíveis.

SECÇÃO 10 - ESTABILIDADE E REACTIVIDADE

10.1. Reactividade

Sem dados disponíveis.

10.2. Estabilidade química

Esta mistura é estável nas condições recomendadas de manuseio e armazenamento listadas na secção 7.

10.3. Possibilidade de reacções perigosas

Sem dados disponíveis.

10.4. Condições a evitar

Evitar:
- Congelamento

10.5. Materiais incompatíveis

10.6. Produtos de decomposição perigosos

SECÇÃO 11 - INFORMAÇÃO TOXICOLÓGICA

11.1. Informações sobre os efeitos toxicológicos

Contacto repetido ou prolongado com a mistura pode causar a remoção da oleosidade natural da pele resultando em dermatite não-alérgica por contacto e absorção pela pele.

Mistura

Não há dados toxicológicos disponíveis para a mistura.

SECÇÃO 12 - INFORMAÇÃO ECOLÓGICA

Os agentes tensioactivos são biodegradáveis em conformidade com o regulamento OECD.

12.1. Toxicidade

Substâncias

Substâncias classificadas como de toxicidade aguda categoria 1:

CAS: 85409-23-0 COMPOSTOS DE AMÓNIO QUATERNÁRIO, C12-14-ALQUIL [[(ETILFENIL)METIL]DIMETIL, CLORETOS

Toxicidade para crustáceos:

CE50: 0.016 mg/l

Espécies: Daphnia sp.

0.01 < CE50 <= 0,1 mg/l

Factor M = 10

CAS: 68391-01-5 COMPOSTOS DE AMÓNIO QUATERNÁRIO, BENZIL-C12-18-ALQUIDIMETIL, CLORETOS

Toxicidade para crustáceos:

CE50 0.016 mg/l

Espécies: Daphnia sp.

FICHA DE DADOS DE SEGURANÇA (Regulamento (CE) n.º1907/2006 - n.º453/2010)

Página 5 de 6

VERSÃO N.º3 (16/09/2011)

SANICLEAN

0,01 < CE50 <= 0,1 mg/l

Factor M = 10

Misturas

Não há dados toxicológicos sobre a vida aquática disponíveis para a mistura.

12.2. Persistência e degradabilidade

Sem dados disponíveis.

12.3. Potencial de bioacumulação

Sem dados disponíveis.

12.4. Mobilidade no solo

Sem dados disponíveis.

12.5. Resultados da avaliação PBT e mPmB

Sem dados disponíveis.

12.6. Outros efeitos adversos

Sem dados disponíveis.

SECÇÃO 13 - CONSIDERAÇÕES RELATIVAS À ELIMINAÇÃO

A gestão correcta da mistura e/ou de sua embalagem tem que ser determinada segundo a Directiva 2008/98/EC.

13.1. Métodos de tratamento de resíduos

Não despejar o produto nos esgotos nem nos cursos de água.

Resíduos:

A gestão dos resíduos é feita sem ameaçar a saúde humana, sem causar danos ao meio ambiente e em especial sem risco para a água, ar, solo, plantas ou animais.

Reciclar ou eliminar de acordo com a legislação em vigor, de preferência por um colector ou por uma empresa especializada.

Não contaminar o solo ou a água com os resíduos, nem proceder à sua eliminação no ambiente.

Embalagens contaminadas:

Fechar completamente o recipiente. Conservar as etiquetas existentes no recipiente.

Enviar para uma empresa de recolha especializada.

SECÇÃO 14 - INFORMAÇÕES RELATIVAS AO TRANSPORTE

Transportar o produto de acordo com as disposições do ADR para a estrada, do RID para o transporte ferroviário, do IMDG para o transporte marítimo e do ICAO/IATA para o transporte aéreo (ADR 2009 - IMDG 2008 - ICAO/IATA 2011).

Classificação:

UN1950=AEROSSÓIS, Asfixiante

ADR/RID	Classe	Código	Número	Etiqueta	Identif.	LQ	Dispo.	EQ	Cat.	Túnel	
	2	5A	-	2.2	-	LQ2	190 327 625	E0	3	E	
IMDG	Classe	2ªEtq.	Número	LQ	Ems	Dispo.	EQ				
	2.2	SP63	-	See SP277 F-D,S-U	63	190 277 327 959	E0				
IATA	Classe	2ªEtq.	Número	Passageiro	Passageiro	Freighter	Freighter	nota.	EQ		
	2.2	-	-	204	75 kg	204	150 kg	A98 A145 A167	E0		
	2.2	-	-	Y204	30 kg G	-	-	A98 A145 A167	E0		

SECÇÃO 15 - INFORMAÇÃO SOBRE REGULAMENTAÇÃO**15.1. Regulamentação/legislação específica para a substância ou mistura em matéria de saúde, segurança e ambiente****- Disposições particulares:**

Sem dados disponíveis.

- Rotulagem para produtos biocidas (Regulamentos 1896/2000, 1687/2002, 2032/2003, 1048/2005, 1849/2006, 1451/2007 e Directiva 98/8/EC):

Nome	CAS	%	TP
COMPOSTOS DE AMÓNIO QUATERNÁRIO, BENZIL-C12-18-ALQUILDIMETIL, CLORETOS	68391-01-5	0.92 g/kg	02
COMPOSTOS DE AMÓNIO QUATERNÁRIO, C12-14-ALQUIL[(ETILFENIL)METIL]DIMETIL, CLORETOS	85409-23-0	0.92 g/kg	02

15.2. Avaliação da segurança química

Sem dados disponíveis.

FICHA DE DADOS DE SEGURANÇA (Regulamento (CE) n.º1907/2006 - n.º453/2010)

Página 6 de 6

VERSÃO N.º3 (16/09/2011)

SANICLEAN

SECÇÃO 16 - OUTRAS INFORMAÇÕES

Como não conhecemos as condições de trabalho do utilizador, as informações da presente ficha de segurança baseiam-se no estado dos nossos conhecimentos e nas regulamentações tanto nacionais como comunitárias.

O produto não deve ser utilizado para outros usos diferentes dos especificados na rubrica 1 sem ter previamente obtido as instruções por escrito da manipulação.

É da responsabilidade do utilizador tomar sempre as providências necessárias para cumprir os requisitos das leis e as regulamentações locais.

As informações dadas na presente ficha devem ser consideradas como uma descrição dos requisitos de segurança relativos ao nosso produto e não como uma garantia das propriedades deste.

Título para as indicações de H, EUH e R mencionadas na secção 3:

H302	Nocivo por ingestão.
H312	Nocivo em contacto com a pele.
H314	Provoca queimaduras na pele e lesões oculares graves.
H400	Muito tóxico para os organismos aquáticos.
R 21/22	Nocivo em contacto com a pele e por ingestão.
R 34	Provoca queimaduras.
R 50	Muito tóxico para os organismos aquáticos.

Abreviações:

ADR: Acordo Europeu relativo ao transporte internacional de mercadorias perigosas por estradas.

IMDG: Marítima Internacional de Produtos Perigosos.

IATA: Associação Internacional de Transporte Aéreo.

ICAO: Organização Internacional da Aviação Civil.

RID: Regulamento relativo ao transporte internacional de mercadorias perigosas por via-férrea.

WGK: Wassergefährdungsklasse (Classe de Perigo para a Água).



FICHA TÉCNICA

Versão N°2: 06-04-2009

Revisão N°3: 16-09-2011

SANICLEAN

Riscos Específicos: Não tem.

1 - IDENTIFICAÇÃO:

- Designação Comercial: **SANICLEAN**
- Comercializado por: **IMPORQUIMICA, S.A.**
- Utilização: Espuma activa bactericida e fungicida.

2 - NATUREZA QUÍMICA:

- Preparação à base de uma combinação de sais alcalinos, agentes desengordurantes, surfactantes não iónicos (seleccionados pela sua biodegradabilidade), com funções desinfectantes de dois amónios quaternários com propriedades bactericidas, fungicidas e virucidas.
- Produto biocida classificado como TP2: Compostos de amónio quaternário, Benzil-C12-18-Alquildimetil, Cloretos (0,92 g/Kg); Compostos de amónio quaternário, C12-14-Alquil[(etilfenil)metil]dimetil, Cloretos (0,92 g/Kg).

3 - PROPRIEDADES FÍSICAS:

- Estado Físico: Líquido
- Solubilidade/Miscibilidade: Miscível com água
- pH puro: 11,30
- Massa volúmica: 1025 ± 20 g/l

4 - ARMAZENAGEM E MANIPULAÇÃO:

- Precauções de armazenagem e manipulação: Armazenar fora do alcance das crianças. Fechar a embalagem após cada utilização. Armazenar o recipiente em local bem arejado.
- Medidas especiais de protecção: Afastar de fontes de ignição, chamas e superfícies quentes.
- Outras: Não fumar.

5 - INFLAMAÇÃO E EXPLOSAO:

- Não inflamável.

6 - PRIMEIROS SOCORROS:

- Em caso de contacto com os olhos lavar imediatamente com água em abundância e se necessário consultar um médico.

7 - OUTRAS INDICAÇÕES:

- Produto não sujeito a etiquetagem de nocividade e toxicidade segundo as directivas europeias.
- Produto de qualidade alimentar, no que concerne à limpeza de materiais e equipamentos que podem estar em contacto com produtos alimentares.
- SANICLEAN aplica-se directamente nas superfícies, deixando actuar alguns instantes (entre 5 a 10 minutos) em seguida limpar com um pano ou com um pincel.
- Eficácia desinfectante testada segundo as seguintes normas:
 - ✓ Bactericida – EN 1040, EN 1276 e NFT 72.301
 - ✓ Fungicida – EN 1275
- Para informação detalhada sobre Segurança e Manipulação, consultar Ficha de Dados de Segurança do produto.

ANEXO VIII

(Artigo de Revisão Integrativa sobre Stress e Burnout nos Profissionais do SU)

Burnout nos Profissionais dos Serviços de Urgência: Revisão Integrativa

Oliveira, S. (1)

Coelho, P (2)

Correspondência:

(1) Enfermeira na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente Geral do Centro Hospitalar São João – Porto. Estudante do 7º Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Universidade Católica Portuguesa. Porto, Portugal, e-mail: saraoliveira.ucp@gmail.com

(2) Sob orientação da Enfª Patrícia Coelho, Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Docente da Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde

Resumo: O Stress e o Síndrome de Burnout constituem um problema real que afeta a saúde dos profissionais de saúde, em particular dos enfermeiros. Estes estão intimamente relacionados com fatores de risco individuais e organizacionais, tendo um impacto significativo sobre o bem-estar dos profissionais e sobre a qualidade dos cuidados de enfermagem por eles prestados. Este artigo tem como objetivo uma revisão integrativa relativamente ao Stress e Síndrome de Burnout enquanto problema passível de intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica no que respeita à sua prevenção e controlo. Os aspetos mais relevantes encontrados na literatura foram: os fatores de risco para o desenvolvimento de Stress e Síndrome de Burnout, a vulnerabilidade dos profissionais dos Serviços de Urgência face ao risco e as intervenções para a redução da sua prevalência.

Descritores: “Burnout”, “Stress”, “Serviço de Urgência” e “Enfermeiros”

Introdução

Os serviços de urgência pelas suas características próprias, são locais onde se vive a atividade profissional com muita intensidade. A alta rotatividade de doentes de diferentes idades, provenientes de contextos socio-culturais distintos, torna os serviços de urgência envoltos numa sobrecarga emocional muito própria, capaz de provocar severos danos à saúde dos seus intervenientes (Schaufeli e Janczur, 1994).

A pressão associada ao tempo de espera pelo atendimento, a exposição a situações de morte, trauma, violência e sobrelotação, faz com que trabalhar em serviços de urgência seja imprevisível e os seus profissionais estejam mais vulneráveis aos riscos ocupacionais (Kalemoglu e Keskin, 2006).

Estudos comparativos reportaram que os enfermeiros que desempenham funções no serviço de urgência demonstram significativamente valores mais altos ao nível da exaustão emocional e da despersonalização do que os enfermeiros que trabalham em unidades de cuidados intensivos e outros serviços de internamento (Aladi e Priami, 2005), sendo a tensão profissional também estatisticamente superior.

Por entre as alterações à saúde dos profissionais de saúde, encontram-se o Stress Ocupacional (SO) e o Síndrome de Burnout (SB). Estes estão presentes entre as pessoas que trabalham nas "profissões de ajuda" (Siegrist et al 2010) e podem ter efeitos devastadores sobre as equipas e sobre os serviços de saúde (Lambert et al 2003).

O SB é caracterizado como um estado psicológico, que aparece depois de um longo período de exposição a fatores de risco psicossociais, estando intimamente relacionado com as profissões cujo foco da sua atenção é a relação humana, o que torna os enfermeiros, os profissionais mais afetados. O Burnout é caracterizado por exaustão emocional associada à sobrecarga de trabalho, despersonalização tida como uma resposta insensível e interpessoal para com as pessoas e diminuição da realização pessoal afetando a sensação de competência

e realização no trabalho (Schaufeli 1999).

Estudos realizados nos Estados Unidos da América (Carlotto, 2003), indicam que a síndrome de Burnout constitui um dos grandes problemas psicossociais atuais com alto potencial de dano pessoal dos profissionais de saúde a nível organizacional das instituições de saúde. Tal fato, associado às repercussões económicas e sociais desta síndrome, tem merecido a atenção da comunidade científica internacional e dos sistemas nacionais de saúde, através da publicação de inúmeros estudos nos últimos anos representativos da real dimensão do problema.

Neste sentido, o objetivo deste artigo foi efetuar uma revisão integrativa sobre o tema, perspetivando obter maior compreensão sobre as questões envolvidas acerca do Stress e do Burnout relacionando-as com o perfil dos enfermeiros dos serviços de urgência e com o trabalho que lá desempenham. Esta necessidade surge durante a realização de um estágio num Serviço de Urgência integrado no Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa – Porto.

Metodologia:

Foi efetuada pesquisa na base de dados *Ebsco*, de todos os artigos publicados nos últimos 10 anos, com os descritores “burnout”, “stress”, “serviço de urgência” e “enfermeiros”. Foram utilizados como critérios de inclusão: textos completos de artigos disponíveis, de línguas inglesa e portuguesa.

Foram encontrados 8 artigos correspondentes aos critérios previamente estabelecidos. Destes, 2 são provenientes da Irlanda, 1 dos Estados Unidos da América, 1 da Austrália, 1 da Espanha, 1 da China e 1 da Holanda publicados entre os anos 2006 e 2013.

Resultados:

Os profissionais de saúde, e particularmente as equipas que integram os serviços de urgência, estão expostos a consideráveis fatores de risco psicossociais, como consequência do tipo de trabalho que desempenham (2) e das condições de trabalho que lhes são atribuídas (5).

É estimado que um em cada quatro trabalhadores na Europa sofra de stress relacionado com o trabalho (Healthforce 2008). No caso particular dos serviços de urgência, é sabido que 51% dos enfermeiros afirmam sofrer de stress “frequentemente” ou “muito frequentemente” no desempenho da sua atividade (4). Tal fato, sustenta a evidência que nos diz, que estes profissionais são considerados dos mais vulneráveis a adquirirem desequilíbrio psicológico dentro da instituição hospitalar.

São vários os fatores de risco apontados para o desenvolvimento de alterações ao bem estar físico e psicológico dos enfermeiros. Entre eles, salientam-se o trabalho por turnos (2) (4), a sobrelotação dos serviços (1), a prestação de cuidado a doentes e familiares emocionalmente instáveis e violentos (1) (2) (4) e o contato direto com a dor, sofrimento e morte (5).

O problema da sobrelotação dos serviços de urgência é tido como um fator desencadeante de stress moral, sendo responsável pela manifestação de sentimentos de frustração e tristeza pelos enfermeiros prestadores de cuidados (1). Este problema despoleta nos enfermeiros sentimentos de impotência na medida em que estes consideram não responder de forma adequada às necessidades de controlo de infeção, privacidade, segurança e dignidade nos doentes admitidos no SU (1).

Existem vários instrumentos diferenciados para a deteção e avaliação do Burnout, entre eles a escala de Maslach Burnout Inventory. Esta é considerada um meio capaz de avaliar os três componentes: exaustão emocional, despersonalização e a realização profissional (2) envolvidos no aparecimento da SB.

Segundo a Maslach et al. (1996), a exaustão emocional está relacionada com os sentimentos de inadequação (de não conseguir corresponder às solicitações) e

com o esgotamento dos recursos emocionais e físicos do indivíduo. O trabalhador sente-se esgotado emocionalmente, sem qualquer fonte onde possa reabastecer a energia necessária para cuidar do outro. Esta componente representa a dimensão individual básica do stress no SD. A exaustão emocional pode ser influenciada por quatro variáveis (2), nomeadamente: alterações psicológicas (2) (5), controlo sobre o trabalho (2), apoio social dos colegas de trabalho (2) (5) e apoio social dos supervisores (2) (5).

A despersonalização refere-se à atitude negativa em relação ao trabalho, muitas vezes com perda de idealismo. Inicialmente dá-se como uma resposta autodefensiva à sobrecarga operada pela exaustão emocional.

A baixa realização pessoal relaciona-se com a diminuição dos sentimentos de competência e de produtividade no trabalho. O indivíduo experimenta um sentimento crescente de inadequação relativamente à sua capacidade de execução laboral, moral em baixo, afastamento e incapacidade de adaptação.

A evidência demonstra que 28,9% dos médicos e enfermeiros dos serviços de urgência constituintes de uma amostra apresentam exaustão emocional, 56,2% referem baixa realização profissional e 36,6% despersonalização. Neste estudo comparativo entre médicos e enfermeiros, observou-se que os médicos constituem grupo profissional com maior prevalência de exaustão emocional (36,5%) superando os enfermeiros (19%). No entanto, a prevalência de baixa realização profissional é superior entre os enfermeiros (46,5%) face aos médicos (38%).

A sobrecarga no trabalho é uma das variáveis mais apontadas como predisponentes à SB entre os estudos analisados (2) (3). O acumulo de horas extra, a diminuição de folgas e dias de férias, a excessiva burocratização, aliados a um menor poder de decisão (5), foram apontadas como fatores responsáveis pela sobrecarga de trabalho vivida entre enfermeiros no seio das instituições hospitalares (3). Tais factos, são considerados um problema que pode afetar negativamente o desempenho dos enfermeiros, a segurança do utentes (3) e consequentemente, o grau de satisfação dos utilizadores dos serviços de urgência.

O Burnout surge nos enfermeiros em todo o mundo, em diferentes contextos de trabalho. No que respeita aos enfermeiros dos serviços de urgência, estes tornam-se mais vulneráveis a desenvolver sentimentos de frustração, impotência, frieza e indiferença em relação às necessidades e ao sofrimento dos doentes (1). Tal fato, é justificado pela natureza do seu trabalho intenso e pelo carácter emocional que advem do cuidar de doentes instáveis, em risco de morte e com alta vulnerabilidade ao dano, como é o caso do doente crítico (6). Paralelamente, considerando a exigência de tomada de decisões difíceis, sendo por vezes as menos desejadas, potencializa o aparecimento de sentimentos como a frustração nos enfermeiros que prestam cuidados ao doentes críticos em contexto de SU. Neste sentido, é importante desenvolver estratégias de prevenção e tratamento.

O rastreio sistemático das características organizacionais é um passo necessário para a prevenção de problemas de saúde relacionado com o stress nos enfermeiros do serviço de urgência. (5). Paralelamente, aumentar a autonomia e as competências dos enfermeiros é tida como uma estratégia eficaz para a prevenção do SD (5).

O reconhecimento dos fatores de risco pessoais, dos sinais e sintomas de Burnout é uma estratégia fundamental para a sua prevenção. (6) Ao reconhecer o trabalho emocional, os enfermeiros podem desenvolver a inteligência emocional para resolver problemas, facilitar a aprendizagem e gerir a mudança (Huy 1999).

Goleman (2001) identifica quatro principais componentes da inteligência emocional, nomeadamente: auto-conhecimento, auto-gestão, consciência social e gestão de relacionamento. Os componentes que Goleman (2001) descreve permitem que o enfermeiro reconheça em si e nos seus pares, os sinais de exaustão emocional, permitindo-lhe intervir diretamente sobre as suas próprias emoções usando a sua intuição para orientar as suas decisões (6).

A evidência demonstra que a relação terapêutica é necessária para desenvolver a excelência do cuidar em contexto de SU (6). No entanto, é sabido que a ansiedade e as preocupações internas do enfermeiro podem funcionar como uma barreira para o desenvolvimento desta relação. Neste sentido, é importante investir no auto-conhecimento, organizar o ambiente terapêutico, otimizar a

comunicação e neutralizar os agentes indutores de stress, uma vez identificados.

A partilha de experiências entre os enfermeiros é considerada uma estratégia potencial para reduzir o stress associado ao trabalho nos serviços de urgência. (7). Os resultados da evidência dizem-nos que a partilha de experiências reduz significativamente a rotatividade dos profissionais de enfermagem o que denota o grau de satisfação para com o trabalho (7). Tal fato é corroborado por um estudo que nos diz que 84% dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) inquiridos, referem que a partilha de sentimentos após episódios emergentes stressantes é tida como "importante" ou "muito importante". No entanto, 62% dos participantes do mesmo estudo disseram que nunca lhes tinha sido proporcionados momentos de reflexão nem de partilha com a restante equipa multidisciplinar (7).

A evidência demonstra que o relaxamento é fundamental para a prevenção do aparecimento do SB. Deste modo, a massagem é considerada eficaz na redução dos níveis de ansiedade e no aumento da satisfação para com o trabalho dos enfermeiros do SU (8). Paralelamente, a aromaterapia tem demonstrado um impacto positivo imediato sobre a ansiedade do pessoal, constituindo uma estratégia fácil de implementar dada a sua rapidez e aceitação por parte da equipa de enfermagem (8).

Discussão

O SO e o SB tem severas implicações sobre a saúde e bem estar dos profissionais de saúde, entre os quais se destacam os enfermeiros. Tal fato, tem contribuído para o interesse da comunidade científica, m estudar estes problemas facilitando a compreensão sobre as suas diferentes manifestações e os fatores relacionados à sua ocorrência

Em Portugal, apesar de não existirem números capazes de sustentar a incidência do SO e SB face à realidade dos enfermeiros do SU, os artigos publicados dizem-nos que os fatores desencadeantes combinam-se entre as características pessoais e as características organizacionais dos serviços.

Apesar da inexistência de uma resposta concreta sustentada pela evidência, alguns estudos combinam estratégias dirigidas ao indivíduo e à organização na tentativa de mostrar medidas de prevenção e tratamento do SB, agrupando-as em três níveis: individuais, grupais e organizacionais.

Face à realidade vivida entre enfermeiros do SU, considera-se fundamental que os profissionais se encontrem formados sobre as manifestações do SB e dos seus fatores desencadeantes. Tal fato, considera-se uma tarefa fundamental para o desenvolvimento de estratégias individuais, para a sua prevenção e redução o que consequentemente trará ganhos sobre a qualidade da assistência aos utentes e respetivas famílias.

Neste sentido, os enfermeiros especialistas têm a obrigação de demonstrar níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, não podendo ficar indiferentes às respostas humanas e aos problemas de saúde que podem ocorrer, se não forem tomadas medidas para a redução do SB.

Os EEEMC devem assumir o papel de formadores contribuindo para a aquisição de estratégias individuais dos restantes enfermeiros, considerando primordial intervir sobre a capacidade de resolução de problemas, a assertividade e gestão eficaz do tempo. Cabe ao EEEMC centrar o seu papel de formador e supervisor em prol da implementação de estratégias para a gestão dos eventos traumáticos, incluindo a introdução de estratégias de partilha e reflexão entre os elementos das equipas de enfermagem.

O hospital, enquanto organização, deve também ter uma preocupação sobre a prevenção e tratamento do Stress e SB. A promoção de atividades lúdicas, momentos de relaxamento e partilha, podem ser encaradas como uma estratégia de socialização e de descontração dos trabalhadores. Paralelamente, a inserção dos profissionais na tomada de decisões relacionadas com a orgânica do SU, dá ao profissional um papel ativo e de participação nas decisões laborais. Tal fato, reforça sentimentos como a realização profissional dos enfermeiros.

A pesada carga de trabalho enquanto fator contribuinte para o erro (Tang et al 2007.) prevê como estratégia prioritária para a redução da incidência da SB, a redução da carga de trabalho dos enfermeiros, do números de horas extras e a

burocracia associada aos cuidados de saúde. Na opinião de Maslach et. al (2001) a abordagem preventiva da SB deve ser planeada a longo prazo e implica um investimento das organizações, no presente que trará certamente muitos frutos no futuro.

O aumento do número de enfermeiros poderá evitar que um trabalhador execute o mesmo que dois com prejuízo na saúde individual e na qualidade e segurança dos cuidados por ele prestados. Através do cumprimento das dotações seguras a qualidade dos cuidados aos utentes é influenciada positivamente, na medida em que é diminuído o risco de eventos adversos como erros de medicação, infeção cruzada, entre outros (Krokosz, 2007. Nascimento et al, 2008)

Tal fato, obriga as organizações hospitalares a voltarem as suas políticas de saúde em prol das melhores condições de trabalho e, conseqüentemente, no aumento da qualidade de vida dos seus colaboradores.

O EEEMC, enquanto líder dotado de inteligência emocional, capacidade crítico reflexiva, assertividade e níveis de comunicação acrescidos, deve intervir na conceção de planos institucionais que visem o aumento da qualidade laboral. O seu papel na equipa de enfermagem assume-se como primordial na conceção de estratégias capazes de trazer benefícios que contemplem a qualidade de vida dos enfermeiros. Paralelamente, no sentido do alívio da sobrecarga, cabe-lhe enquanto líder, elaborar planos de enfermagem de acordo com as necessidades atuais do serviço, procurando promover a igualdade entre enfermeiros prestadores de cuidados. Assim, no contexto particular dos SU, cabe ao enfermeiro especialista gerir situações de conflito, participar na tomada de decisões e reformular o plano de cuidados sempre que adequado, zelando e promovendo o trabalho de equipa e diminuindo a sobrecarga associada aos cuidados prestados.

Os contributos do EEEMC sobre o controlo dos sentimentos das famílias dos utentes no SU assume-se de importância impar na prevenção do stress e SB dos enfermeiros. A relação terapêutica estabelecida prevê o cumprimento do dever de informar e de orientar. Tal fato, permite inferir consciência dos familiares face à dinâmica de atendimento em contexto de SU, diminuindo sentimentos como

angústia e medo, e controlando, consequentemente a fúria, traduzida em comportamentos violentos. Uma cultura institucional centrada na pessoa, que tenha por base a dignidade, a não discriminação, a igualdade de oportunidades e a cooperação, é considerada uma estratégia capaz de minimizar a violência nos locais de trabalho (Costa & Marziale, 2006).

Conclusão

O Stress e Síndrome de Burnout têm consequências a nível individual e organizacional e estão descritos como um problema de saúde laboral com alta prevalência nos enfermeiros.

O SB caracteriza-se por exaustão emocional, despersonalização e falta de realização pessoal e pode avaliar-se através de diversos instrumentos entre as quais se destaca a escala de Maslach Burnout Inventory.

A primeira medida para evitar o aparecimento do SB é conhecer as suas manifestações. Assim, é essencial que o EEEMC tenha conhecimento sobre a síndrome, de modo a estabelecer medidas capazes de intervir sobre a sua prevenção e controlo. Paralelamente, é igualmente necessário que as instituições implementem medidas de prevenção e tratamento a nível individual, grupal e organizacional capazes de aumentar a satisfação profissional dos enfermeiros e consequentemente, aumentar o grau de satisfação dos utentes dos Serviços.

Em Portugal os estudos realizados tendo em conta a incidência de Burnout nos serviços de urgência são ainda escassos, facto que reforça a necessidade de novas investigações por forma a se conseguir perceber o real impacto desta síndrome neste serviço hospitalar.

Os EEEMC pelas suas competências de liderança e de gestão são responsáveis pelo acompanhamento da equipa de enfermagem, para que seja possível identificar os indutores de stress, de forma a promover o bem-estar laboral. Assim, um acompanhamento formal, contínuo e especializado, permite desenvolver e consolidar as bases necessárias para que os enfermeiros prossigam com as ferramentas úteis para lidarem com as interferências e

adversidades do dia-a-dia, o seu trabalho. Para que tal aconteça, é fundamental a sensibilização e conhecimento de todos os profissionais para a temática estudada.

Referencias Bibliográficas:

1. Kilcoyne, K.; Dowling, M.; (2009) - Working in an overcrowded accident and emergency department: nurses' narratives. Australian Journal of Advanced Nursing. Volume 25 Number 2 pág. 21- 27
2. Aguir, V.; Baena ,D.; Hoyos, S.; (2006) - Psychosocial work environment and burnout among emergency medical and nursing staff. Int Arch Occup Environ Health (2006) Nº 80 pág.127–133
3. Hu, C.; Chen, J.; Chiu, H.; Shen, H.; Chang, W. (2010) - Nurses' perception of nursing workforce and its impact on the managerial outcomes in emergency departments. 2010. Blackwell Publishing Ltd, Journal of Clinical Nursing, Nº 19, pág. 1645–1653
4. Healy, S.; Tyrrell, M. (2011) - Stress in Emergency Departments: Experiences of Nurses and Doctors. Emergency Nurse. July 2011. Volume 19. Nº 4 pág. 31-37
5. Adriaenssens, J.; Gucht, V.; Van Der Doef, M.; Maes, S. (2011) - Exploring the burden of emergency care: predictors of stress-health outcomes in emergency nurses Journal of Advanced Nursing 67(6). pág 1317–1328
6. Bailey, C.; Murphy, R.; Porock, D. (2011) - Professional tears: developing emotional intelligence around death and dying in emergency work. 2011. Blackwell Publishing Ltd, Journal of Clinical Nursing, Nº 20, pág. 3364–3372
7. Healy, S.; Tyrrell, M. (2012) - Importance of debriefing following critical incidents . Emergency Nurse. March 2013. Volume 20. Nº 10 pág. 32-37

8. Cooke, M.; Holzhaue, K.; Jones, M.; Davis, C.; Finucane, J.; (2007) - The effect of aromatherapy massage with music on the stress and anxiety levels of emergency nurses: comparison between summer and winter. Journal compilation . 2007. Blackwell Publishing Lt pág. 1695-1703
9. Carlotto, M.; Gobbi , M. (2003) - Síndrome de Burnout: um problema do indivíduo ou do seu contexto de trabalho. Canoas: ULBRA; 2003.
10. Schaufeli, W (1999) - Stress in Health Professionals. John Wiley & Sons, New York, pág. 17–32
11. Krokosz, D.; (2007) Efeitos da alocação de pessoal e da carga de trabalho de enfermagem nos resultados da assistência em unidades de internação médico-cirúrgicas.[dissertação de Mestrado]. São Paulo: Escola de Enfermagem/USP; 2007.
12. Nascimento C.; Toffoletto, M.; Gonçalves, L.; Freita, W.; Padilha, K.; (2008) Indicadores de resultados da assistência: análise dos eventos adversos durante a internação hospitalar. Revista Latino-Americana Enfermagem 2008; 16(4): pág 746-751.
13. Lambert V.; Lambert, C.; Yamase, H. (2003) – Psychological hordiness, workplace stress and related stress reduction strategies. Nursing and Health Sciences. 5 (2). Pág 181-184.
14. Segrist, J.; Schackelton, R.; Link, C. (2010) – Work Stress of Primary Care Physicians in the US, UK and German Health Care Systems. Social Science and Medicine, 71 (2). Pág. 298 – 304
15. Health Force Ontario Newsletter (2009) Issue nº4 June 08
16. Huy, Q. (1999) – Emotional Capability and Corporate Change. Mastering Strategy; 6. Pág. 32-34
17. Goleman, 2001 – Emotional Intelligence: Issues in Paradigm Bulding. In: C.Cherniss & D. Goleman. The Emotionally Intelligent Workplace: How to Select for, Measure, and Improve Emotional Intelligence in Individuals, Groups, and Organizations. San Francisco, CA: Jossey-Bass

-
18. Schaufeli, W.; Janczur, B. (1994) – Burnout Among Nurses: a Polish – Dutch Comparison. *Journal of Cross – Cultural Psychology*. 25. Pág. 95-113
 19. Kalemoglu, M.; Keskin, O.; (2006) – Burnout Syndrome at the Emergency Service. In: *Scand J Trauma Resusc. Emerg. Med*, nº14. Pág 37 – 40
 20. Adali, E.; Priami, M. (2002) – Burnout among nurses in Intensive Care Units, Internal medicine wards, and emergency departments in Greek hospitals. *ICUs and Nursing Web Journal*. 11, 1-19

ANEXO IX

Estudo de Caso

Um instrumento para a aquisição de competências na UCICT



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
L Instituto de Ciências da Saúde

**Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem
Especialização Médico-Cirúrgica**

Estudo de Caso

Um instrumento para a aquisição de competências na UCICT

Realizado por: Sara Patrícia Pinto Leite de Oliveira

Sob orientação: Mestre Patrícia Coelho

Porto, Outubro de 2014

Índice

1. Introdução.....	255
2. História de Doença Atual.....	257
3. Análise do Caso Clínico.....	261
4. Plano de Cuidados.....	267
5. Conclusão.....	281
6. Referências Bibliográfica.....	283

1. Introdução

A curiosidade intelectual assume uma importância ímpar no desenvolvimento do enfermeiro. Através do sentido crítico sustentado pela pesquisa constante e pelo aperfeiçoamento dos nossos saberes, caminhamos rumo à autonomia e à dignificação da nossa profissão.

Neste sentido, o conhecimento científico é imperativo. Para que a prática baseada na evidência ocorra, devem ser integrados e interligados os resultados de investigação, a singularidade de cada doente e a competência de cada profissional, como forma de melhorar os processos de tomada de decisão e obter ganhos significativos em saúde.

Os Enfermeiros Especialistas em Médico-Cirúrgica (EEMC) têm uma responsabilidade acrescida sobre a saúde das populações, nomeadamente, no apoio à gestão de situações de urgência, situações graves e ameaçadoras. Devem por isso desenvolver competências de diagnóstico diferencial e de intervenção para se poderem constituir como ajuda profissional avançada.

Deste modo, sustento a pertinência deste trabalho inserindo-o no âmbito da unidade curricular Estágio – Módulo II (Unidade de Cuidados Intensivos), do Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

A elaboração de um estudo de caso permite o estudo aprofundado de fenómenos de enfermagem no seu contexto real. Segundo POLIT e HUNGLER (1995), o estudo de caso constitui-se uma modalidade de investigação que analisa de forma aprofundada determinado indivíduo, grupo ou elemento social.

Apesar do seu carácter informal, este estudo de caso prevê-se como um instrumento de avaliação e de fundamentação ao relatório final do estágio do

Módulo II – Unidade de Cuidados Intensivos pois tem como objetivo analisar e descrever uma situação particular.

A escolha do doente foi conjunta com o tutor de estágio considerando o interesse da história clínica e das elevadas necessidades de cuidados de enfermagem do doente e família em estudo.

O estudo de caso clínico permite fazer um reflexão acerca das intervenções de enfermagem e proporciona uma assistência individualizada e personalizada. Permite também uma exploração teórica do caso através da revisão da literatura, melhorando e justificando assim os cuidados prestados.

A realização deste trabalho teve como objetivos:

- Adquirir novos conhecimentos;
- Gerir e interpretar conhecimentos adquiridos durante a formação inicial e pós-graduada e da experiência profissional;
- Adquirir consciência crítica acerca de novos problemas da prática profissional relacionados com o cliente e família;
- Elaborar um plano de cuidados utilizando a linguagem CIPE;
- Desenvolver conhecimentos na aplicação da CIPE;
- Servir como elemento de avaliação.

A metodologia utilizada foi a observação direta do doente, consulta do processo clínico, entrevista informal aos familiares, enfermeiros e médicos e pesquisa bibliográfica.

Neste estudo foi tida em consideração o sigilo profissional salvaguardando a privacidade do doente, não utilizando qualquer elemento que possa proceder à sua identificação.

2. História de Doença Atual

J.C.V.C de 69 anos, residente em Vila Nova de Famalicão. Segundo os familiares previamente autónomo nas atividades da vida diária (AVD's). Vive com a esposa (pessoa de referência). Como antecedentes de saúde apresenta hipertensão arterial e dislipidémia, medicados com Atorvastatina 20mg, Tromalyt® 150mg, Clopidogrel 75 mg, Norvasc® 5mg, Nebilet® 5mg, Copolia® 1 comprimido e Nitroglicerina 1 comprimido em SOS. Adere ao regime terapêutico.

Em Nov/ 2013 foi observado pela especialidade de cardiologia do Hospital de Famalicão por suspeita de doença cardíaca isquémica após alteração do traçado electrocardiográfico em exame de rotina.

Em Dez / 2013 realiza cateterismo cardíaco onde apresenta: "Aorta ascendente ligeiramente calcificada. Ventrículo esquerdo com função sistólica conservada, árvore coronária com cálcio. Doença do tronco comum e 3 vasos. Tronco comum com lesão de 60% distal. DA proximal com lesão de 50% seguida de oclusão crónica no início do segmento médio. Bom leito distal. Cx com lesão ostial de 70-80%. Lesão de 70% proximal. Lesão de 80% na OM. Leito distal regular. CD dominante com lesão de 50% no terço médio. Lesão de 60-70% no terço distal. Leito distal regular".

Após realização do cateterismo cardíaco, realiza prova de função respiratória, análises de sangue, ecocardiograma sendo que todos se encontram normais.

É lhe feita proposta cirúrgica a qual foi consentida pelo doente.

A 1 de Setembro de 2014 foi submetido a cirurgia de revascularização do miocárdio com 3 Bypass Coronários com utilização de enxerto da artéria mamária interna direita e com recurso a circulação extracorporeal.

No mesmo dia, deu entrada na Unidade de Cardio-Torácica (UCICT) no seguinte estado clínico:

- Ventilado mecanicamente em CPAP através de tubo orotraqueal n. 7.5, fixado na posição 24. Bem adaptado à modalidade ventilatória. Sem secreções pulmonares.
- Frequência respiratória 14cpm; SpO2 99%;
- Pressão arterial, sistólica de 126 mmHg e diastólica de 54 mmHg e pressão arterial média de 85 mmHg com suporte de Noradrenalina (0,05 mg/ml);
- Frequência cardíaca 102 bpm com pulso radial cheio, rítmico.
- Apresenta *Pacemaker* epicárdico temporário com eléctrodos colocados no ventrículo direito e na aurícula direita desligados do gerador externo.
- Avaliação da glicemia capilar, perfil glicémico entre os 196 e 224 mg/dl.
- Inicia na UCICT suporte de G5% aditivada com 4 ampolas de cloreto de potássio. Apresenta dentição incompleta, não possui prótese dentária.
- Algaliado com cateter vesical Foley nº 16, urina com coloração normal sem sedimento. Inicia estimulação renal com Furosemida 10 mg a cada 8h.
- Pele íntegra e hidratada.
- Apresenta drenos cirúrgicos colocados no mediastino e na pleura à esquerda, ambos conetados a aspirador de baixa pressão.
- Permanece em decúbito dorsal.
- Avaliada escala de dor segundo *Behavioral Pain Scale* com *score* de 3.
- Avaliação da agitação/sedação segundo a escala de Richmond, com *score* de -4.
- Apresenta cateter venoso central (CVC) na subclávia direita e cateter arterial nº 18 na radial esquerda

A mulher durante a visita foi informada das condições e estado clínico do familiar. Demonstrou confiança na equipa de saúde e aparente compreensão da informação que lhes foi transmitida, no entanto também demonstrou medo, e ansiedade.

A recuperação do estado de consciência para um RASS 0 deu-se 6h após. Hemodinamicamente e eletricamente estável. É extubado sem intercorrências. Inicia suporte de O₂ por Máscara de Venturi a 15l/min.

No 3º dia de internamento apresenta episódios de desaturação sustentada e polipneia e dor moderada. Á auscultação apresenta diminuição dos ruídos respiratórios à direita. Foi-lhe diagnosticado um pneumotoráx tratado com a inserção de um dreno pleural.

No 4º dia de internamento por más trocas gasosas inicia suporte de ventilação não invasiva, com tolerância, que mantém até ao 8º dia de internamento.

Ao 11º dia de internamento tem alta para o internamento.

No internamento procede-se à remoção dos fios de pacemaker tendo o doente desenvolvido paragem cardio-respiratória aquando o procedimento. PCR assistida de imediato. Apresentou recuperação espontânea após um ciclo de suporte avançado de vida (administrados um total de 1 mg de Adrenalina e bicarbonato). Foi de imediato transferido para o bloco operatório onde durante o procedimento de resternotomia emergente por tamponamento cardíaco entra novamente em PCR recuperada no final de tempo desconhecido.

Reentra na UCICT em contexto de pós- paragem cardiorrespiratória por tamponamento cardíaco. Na admissão:

- Score de 3 segundo a avaliação da Escala de Coma de Glasgow (ECG) analgesiado com morfina em perfusão contínua.
- Pupilas apresentavam-se mióticas, isocóricas e hiporeativas e exame neurológico apresentava reflexos do tronco cerebral preservados.
- Ventilado mecanicamente em pressão controlada através de tubo orotraqueal n. 7.5, fixado na posição 24. Bem adaptado à modalidade ventilatória. Sem secreções pulmonares. SpO₂ 99%;
- Parâmetros vitais: frequência respiratória 14cpm; pressão arterial sistólica de 126 mmHg e diastólica de 54 mmHg e pressão arterial

média de 85 mmHg com suporte de Noradrenalina (0,05 mg/ml); frequência cardíaca 102 bpm com pulso radial cheio, rítmico.

- Sem alterações da coloração e temperatura das extremidades, pulsos periféricos presentes. Tempo de preenchimento capilar <3 seg;
- Temperatura corporal 34.5 °C.
- Abdómen mole e sem alterações;
- Colocada sonda nasogástrica em drenagem livre, sem vestígios. Sem evidencia de vômitos.
- Mucosas hidratadas e coradas.
- Avaliação da glicemia capilar, perfil glicêmico entre os 196 e 224 mg/dl. Apresenta drenos cirúrgicos colocados no mediastino por onde inicia lavagem contínua com iodopovidona diluída em soro fisiológico a um ritmo de 40 ml/h. Avaliada escala de dor segundo *Behavioral Pain Scale* com score de 3.
- Avaliação da agitação/sedação segundo a escala de Richmond, com score de -5.
- Avaliado risco de úlcera de pressão segundo Escala de Braden, tendo obtido um score 9 – alto risco de desenvolvimento de úlceras de pressão.
- Apresenta dependência em grau elevado nos autocuidados.
- Avaliação do risco de queda segundo escala de Morse: baixo risco.

No 15º dia de internamento, 4º dia pós PCR apresenta-se analgesiado continuamente com morfina. Apresenta uma avaliação da agitação/sedação segundo a escala de Richmond, com score de -4. Reativo à aspiração de secreções traqueobronquicas. Inicia desmame ventilatório evoluindo para modo CPAP mostrando-se adaptado. Realiza TAC Cerebral de controlo onde lhe é diagnosticado múltiplas lesões isquémicas supra e intratentoriais.

No 18º dia de internamento, 7º dia pós PCR continua a evoluir no desmame ventilatório tendo-lhe sido realizada traqueostomia percutânea, sem intercorrências.

No 20º dia de internamento, 9º dia pós PCR apresenta abertura dos olhos ao estímulo físico. Desenvolve movimentos tônico-clônicos do membro superior direito compatíveis com crise epilética motora. Inicia anticonvulsivantes com Levetiracetam. Realiza nova TAC Cerebral onde lhe é diagnosticado múltiplas lesões isquémicas supra e intratentoriais antigas e recentes.

No 22º dia de internamento, 11º dia pós PCR realiza EEG onde lhe é diagnosticado ausência de estado de mal epilético. Decide-se por dar continuidade às medidas do tratamento de intensivo.

Na data de realização deste estudo o doente apresenta-se, sem sedoanalgesia continua com um BehavioralPainScale com score de 3. Avaliação da agitação/sedação segundo a escala de Richmond, com score de -4. Reage através da abertura espontânea dos olhos, sem dirigir olhar. Reage ao posicionamento e aspiração com reflexo de tosse. Ligado ao ventilador em CPAP por Traqueostomia. Apresenta secreções mucosas em abundante quantidade. Hemodinamicamente e eletricamente estável sem suporte. Mantém-se algaliado, com débito urinário estimulado por furosemida 10mg a cada 8h. Mantém CVC para administração de terapêutica e cateter arterial para monitorização hemodinâmica continua. Avaliado risco de úlcera de pressão segundo Escala de Braden, tendo obtido um score 9 – alto risco de desenvolvimento de úlceras de pressão. Apresenta dependência em grau elevado nos autocuidados. Avaliação do risco de queda segundo escala de Morse: baixo risco.

3. Análise do Caso Clínico

O caso escolhido para a realização deste estudo, diz respeito a um individuo submetido a cirurgia cardíaca complicada com paragem respiratória, tendo sido esta assistida e revertida.

Um dos motivos que me suscitou interesse para a elaboração deste estudo, foi o fato da PCR ter ocorrido imediatamente após o procedimento de remoção dos fios de pacemaker. Este procedimento foi efetuado pelo enfermeiro segundo indicação médica e teve uma complicação grave associada. Esta consistiu na laceração da

parede do miocárdico pelo ponta metálica do fio de estimulação no momento da tração continua e levou ao desenvolvimento de paragem cardiorespiratória por tamponamento cardíaco, o que consequentemente acarretou severos danos à saúde do doente.

Os pacemakers foram concebidos para tratar distúrbios de iniciação e condução de impulso, resultando em bradicardia sintomática. O propósito pacemaker é propiciar um estímulo elétrico artificial ao músculo cardíaco quando a frequência cardíaca diminui, para fornecer um débito cardíaco adequado para atender às demandas fisiológicas ou estimular o coração num esforço para eliminar as taquiarritmias (JACOBSON; GERITY citado por MCGEE, 2009). Estes podem ser permanentes e temporários, sendo a sua seleção realizada consoante o prognóstico de cada doente.

Os pacemakers temporários têm sido rotineiramente usados no pós-operatório de cirurgia cardíaca, sendo estes profiláticos ou de suporte, até que os problemas responsáveis pela perturbação da frequência ou da indicação de implante de pacemaker definitivo. (LOPES, M; et al 1997)

Desde que adequadamente acompanhado, um pacemaker temporário pode ser mantido em funcionamento normal por tempo suficiente para que se defina a situação do paciente (em média de 15 dias), optando-se então pela sua retirada ou pelo implante do sistema definitivo.

Os *pacemakers* do tipo epicárdico temporário possuem elétrodos responsáveis pela estimulação que podem ser colocados no ventrículo, na aurícula ou em ambos consoante o comprometimento da função cardíaca do doente, e os seus fios são conduzidos até à superfície cutânea onde permanecem, mesmo quando desligados do gerador externo, até à data de alta ou no momento em que a estabilidade elétrica do doente se considera assegurada.

Os denominados elétrodos ou fios epicárdicos temporários possuem um desenho simples, que consiste em um fio metálico multifilamentar de aço inoxidável com revestimento de material isolante, geralmente polietileno, até 3 cm antes da extremidade, que contém uma agulha semicircular cilíndrica. Na outra

extremidade, há uma agulha reta traumática.

Na técnica de implante, utiliza-se a agulha semi-circular para realizar um ponto simples ou ponto em "U" no local escolhido do epicárdio. Uma pequena porção do eletrodo, não recoberta por isolante e próxima da agulha, permanece no miocárdio; o fio é cortado próximo ao epicárdio para a retirada dessa agulha. A outra extremidade do eletrodo, com a agulha reta, é exteriorizada através da parede torácica ou abdominal para o meio externo/pele. Conforme o tipo de estimulação pretendida, pode-se implantar um ou mais eletrodos para que sejam conectados a um gerador de marcapasso externo unicameral ou bicameral. (SCORZONI et al, 2010).

A existência dos fios na superfície cutânea do doente, constituem um mecanismo de segurança para o doente que pode ser ligado ao *pacemaker* de imediato em caso de bradiarritmias ou de alteração do débito cardíaco. No entanto, à sua presença também se encontram associados riscos como as infecções, que embora raras, podem ser imediatas ou tardias. Os sinais de infecção incluem inflamação local, formação de abscesso e febre, com hemoculturas positivas mas sem foco de infecção identificável.

Assim, a existência do risco de infecção associado à presença dos fios de *pacemaker* motivam os cirurgiões a ponderar a maneira como os removem. A remoção dos fios de *pacemaker* por tração cutânea é uma intervenção de extrema complexidade pelos risco de arritmia, hemorragia e tamponamento que acarreta, daí que algumas equipas minimizam o risco de infecção face a estes riscos, e decidem-se pelo corte rente dos fios junto à superfície cutânea. Segundo a *American Association for Critical-Care Nurses*, considera-se de risco acrescido ao desenvolvimento deste tipo de complicações os doentes com história de mais do que uma cirurgia cardíaca.

MAHON et al. (2012) conclui através do seu estudo retrospectivo que o desenvolvimento de tamponamento cardíaco relacionado com a remoção dos fios de *pacemaker* temporário é inferior a 1% (9,7 casos / 10 000) não existindo

relação significativa entre os indivíduos em estudo capazes de atribuir fatores de risco ao desenvolvimento desta complicação.

O mesmo estudo descreve que dos doentes que desenvolveram tamponamento, 4% apresentaram taquicardia como sintomatologia associada e três doentes entraram em PCR. Destes apenas 1 dos 3 foi antecedida de hipotensão. No total, 12 pacientes (52%) apresentaram hipotensão arterial. Destes, em 5 deles, apresentaram hipotensão leve ou intermitente ocorrendo após 4 horas da remoção dos fios. Após a remoção dos fios de estimulação temporários, os primeiros sinais comuns / sintomas foram hemorragia (26%) e dispneia (26%). Outras alterações foram documentados como sensação de “aperto no peito”, sudorese, pele fria e húmida, tontura e alterações do estado mental. (MAHON et al. 2012 pag. 433-440)

O desenvolvimento das técnicas de estimulação cardíaca temporária epimiocárdica, utilizadas no intra e pós-operatório das cirurgias cardíacas de grande porte, é muito importante no diagnóstico e no tratamento dos doentes. No entanto, a falta de padronização técnica dos fios do pacemaker, constatada tanto na revisão de literatura quanto na observação da prática na instituição onde desempenho o meu estágio do modulo II da EEMC, é um fato preocupante face à segurança dos cuidados prestados.

A manobra mais evidenciada na literatura trata-se da remoção dos fios por tração contínua até ser encontrada resistência, sendo que aquando este momento, os fios de estimulação devem ser cortado rente. No entanto, existem casos em que existe indicação absoluta da remoção completa dos fios de pacemaker, nomeadamente quando existe um processo infeccioso que envolva o sistema de estimulação cardíaca artificial (COSTA et al, 2008). Noutras situações, a indicação da extração pode ser relativa pelo risco de trombose e perfuração cardíaca que acarretam, levando a equipa cirúrgica a privilegiar o melhor interesse do doente.

Várias técnicas transvenosas têm sido descritas com o objetivo de aumentar a probabilidade de extração completa de fios antigos diminuindo o risco associado. Essas técnicas baseiam-se na utilização de travões, que aumentam a resistência dos cabos à tração; na contra-tração do eletrodo junto ao miocárdio com o auxílio de dilatadores e bainhas especiais, ou mesmo no uso dos raios *laser*. O uso dessas manobras tem permitido alta incidência de remoção completa. No entanto, os elevados custos das intervenções acima descritas tem limitado a recorrência do seu uso.

Não há evidência na literatura pesquisada que atribua aos enfermeiros a tarefa de remover os fios de pacemaker. Também não existe nenhum parecer emitido pela Ordem dos Enfermeiros capaz de validar esta prática. Também na instituição onde o caso clínico ocorreu não se encontra protocolada esta prática realizada por enfermeiros, no entanto a mesma é desempenhada tendo por base a prescrição médica.

A atividade profissional dos enfermeiros desenvolve-se em torno de dois eixos que a definem: as atividades autónomas e as interdependentes. Sendo estas indissociáveis. Tal, encontra-se definido pelo Artigo 9.º do REPE que nos diz que se consideram “interdependentes as ações realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respetivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objetivo comum, decorrentes de planos de ação previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas”.

Assim, a autonomia define-se como a atuação independente e interdependente relacionado com a tomada de decisão num complexo corpo de conhecimentos e habilidades. MCKAY 1983 citado por RIBEIRO (1999) diz que uma atividade autónoma é manifestada por relações de mútuo respeito e confiança quer dentro da profissão quer com outros profissionais.

Neste sentido, considerando que o enfermeiro tem autonomia não só participar na equipa multidisciplinar mas também ser elementos chave no planeamento, no procedimento de remoção dos fios de pacemaker, a *American Association for*

Critical-Care Nurses atribui as seguintes responsabilidades ao profissional de enfermagem:

- Certificar prescrição médica para remoção dos fios de pacemaker;
- Identificar o doente;
- Garantir a estabilidade hemodinâmica nas últimas 24 horas, sem pacing.
- Certificar um INR inferior a 1,8, e nos casos de perfusão de heparina, garantir a sua suspensão 4h antes do procedimento;
- Garantir a presença de um médico no serviço aquando a realização do procedimento;
- Dispor o carro de emergência junto do doente;
- Monitorizar o doente quanto a ritmo cardíaco, tensão arterial, frequência respiratória e saturação periférica de oxigénio;
- Garantir a existência de um acesso venoso permeável;
- Explicar o procedimento ao doente e alertar para a importância de manifestar qualquer sinal de desconforto;
- Instruir para a necessidade de repouso absoluto no leito de aproximadamente uma hora após procedimento;
- Colocar o doente em decúbito dorsal com elevação da cabeceira a 30°;
- Garantir a técnica asséptica;
- Expor os fios; Identificar cada um (ventricular / auricular);
- Desinfetar a superfície cutânea do doente com clorhexidina;
- Remover as suturas (começar por remover o fio auricular);
- Executar movimento de puxar suave e contínuo. Nunca aplicar força excessiva. Se tensão aguardar 2 min e tentar novamente. Em caso de resistência, comunicar ao cirurgião. Proceder ao corte de fios junto à superfície cutânea.
- Pressionar o local para evitar qualquer perda de sangue superficial.
- Realizar penso oclusivo;
- Inspeccionar o fio removido. Se se verificar a presença de fragmentos de tecido, comunicar ao cirurgião.

Neste caso particular, não se encontraram dados capazes de identificar qualquer falha no procedimento de remoção dos fios de pacemaker. No entanto é sabido, que até à data, o mesmo não se encontra protocolado ou padronizado dentro da instituição.

O desenvolvimento de PCR por tamponamento cardíaco pós remoção dos fios de pacemaker, levou ao reinternamento do doente na UCICT que desta vez foi recebido em contexto de pós PCR, sendo levantados novos diagnósticos e consequentemente novas necessidades de cuidados.

4. Plano de Cuidados:

É comum designar-se por processo de enfermagem a forma como o enfermeiro deve organizar sistematicamente o conhecimento e a informação, que se traduz numa forma lógica, humana e cientificamente aceitável de intervenção. O processo de enfermagem ao ser implementado visa a prestação de cuidados para a melhoria da qualidade de vida, e consiste em definir diagnósticos e intervenções consistentes para responder às necessidades humanas. Estas intervenções constituem a concretização lógica de todo o processo racional e sistemático de assistência.

Neste sentido, de acordo com os objetivos deste trabalho e o estudo de caso em análise, foram identificados os diagnósticos de enfermagem e foi estabelecido o seguinte plano de cuidados:

(Período de 29 de Setembro a 3 de Outubro)

Foco	Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Frequência	Resultados Esperados
Status Neurológico	Status neurológico comprometido	<ul style="list-style-type: none">• Vigiar pupilas.• Avaliar e Registrar diâmetro e reatividade pupilar	Sem horário 1x/turno	Pupilas mióticas, isocóricas e fotorreativas.
		<ul style="list-style-type: none">• Vigiar existência de movimentos espontâneos;• Vigiar resposta a estímulos verbais;• Gerir sedação e analgesia para RASS -5, de acordo com prescrição médica;	Sem horário	Cliente com RASS -5. Não responde ao som da voz ou estímulo físico.

		<ul style="list-style-type: none"> • Vigiar a existência de mioclonias 		
Sistema Tegumentar	Risco de úlcera de pressão elevado	<ul style="list-style-type: none"> • Posicionar doente, se o estado clínico assim o permitir; • Vigiar pele; • Manter pele seca; • Massajar a pele com creme hidratante; • Aliviar zonas de pressão; • Monitorizar humidade da pele. 	<p>3/3 horas e/ou SOS</p> <p>Sem horário</p>	Pele integra e seca
		<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar a dor através da BehavioralPainScale; 		

Dor	Dor	<ul style="list-style-type: none"> • Gerir terapêutica prescrita • Monitorizar frequência cardíaca. 	Sem horário	Nenhuma dor.
Infeção	Risco de infeção associado ao CVC	<ul style="list-style-type: none"> • Vigiar penso do CVC; • Vigiar local de inserção do CVC; • Vigiar sinais de infeção no local de inserção do CVC; • Optimizar penso do CVC; • Manipular CVC com técnica asséptica; • Realizar limpeza do local de inserção com solução alcoólica; 	<p>1 vez turno/ SOS</p> <p>1 vez turno/ SOS</p> <p>72/72 horas ou SOS</p>	<p>Nenhuma infeção associada ao CVC</p> <p>Nenhuma infeção associada ao CVC</p>

Infeção	Risco de infeção associado ao cateter arterial	<ul style="list-style-type: none">• Vigiar penso• Vigiar local de inserção do cateter arterial (CA);• Vigiar sinais de infeção no local de inserção do CA;• Otimizar penso;• Manipular CA com técnica asséptica;• Realizar limpeza do local de inserção do CA com solução alcoólica.	1 vez turno 72/72 horas ou SOS Sem horário	Nenhuma infeção associada ao CA
Infeção	Risco de infeção associado ao cateter vesical	<ul style="list-style-type: none">• Inserção do cateter vesical com técnica assética;• Monitorizar a necessidade de algáliação;	SOS Diariamente	

		<ul style="list-style-type: none">• Substituição do cateter vesical de acordo com as recomendações do fabricante;• Fixar o cateter vesical na zona superior da coxa;• Evitar desconexões acidentais do cateter vesical com o saco de drenagem;• Monitorizar a quantidade de urina no saco de drenagem, gerindo a necessidade de despejo quando este estiver a meio da sua capacidade.	SOS	Nenhuma infeção por cateter vesical
		<ul style="list-style-type: none">• Manter cabeceira elevada entre os 30° e os 45°;	Sem Horário	

Infeção	Risco de Infeção associado a traqueostomia	<ul style="list-style-type: none"> • Aspiração de secreções acima do cuff antes das mobilizações; • Monitorizar pressão do cuff entre 20 e os 25 mmHg; • Lavar a cavidade oral com solução oral de clorhexidina; • Trocar filtros HME; • Aspirar secreções com técnica asséptica. 	<p>SOS</p> <p>1/ 2 vezes turno e SOS</p> <p>1/2 vezes turno e</p> <p>SOS</p> <p>48/48horas</p> <p>SOS</p>	Nenhuma infeção associada a presença de traqueostomia
Status Respiratório	Respiração comprometida	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar frequência respiratória; • Vigiar adaptação do doente ao modo ventilatório; 	<p>Sem horário /</p> <p>SOS</p>	Adaptado ao padrão ventilatório.

		<ul style="list-style-type: none"> • Vigiar saturações periféricas de O₂; • Vigiar circuito ventilatório; 		
Status Cardíaco	Sistema cardíaco comprometido	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar pressão arterial; • Monitorizar frequência cardíaca; • Vigiar traçado do ECG; • Realização de balanço hídrico; • Monitorizar gasimetricamente os níveis de potássio 	Contínuo Contínuo Contínuo 1/1hora 1x/turno	Manutenção de PAM superiores a 80 mmHg; Traçado cardíaco normal.
Status Urinário	Sistema Urinário Comprometido	<ul style="list-style-type: none"> • Manutenção do cateter vesical; • Monitorização da 	SOS 1/1hora	Débitos urinários consoante

		<p>quantidade e características da urina;</p> <ul style="list-style-type: none"> Gestão da terapêutica diurética de acordo com a prescrição médica. 	<p>8/8 horas e/ou SOS</p>	<p>previção médica;</p> <p>Características da urina normal.</p>
<p>Processo do sistema regulador</p>	<p>Sistema regulador comprometido</p>	<ul style="list-style-type: none"> Monitorização da glicemia capilar; Gestão da terapêutica segundo protocolo da UCICT 	<p>2/2 horas</p>	<p>Manutenção da glicemia capilar entre os 80 e 120.</p>
<p>Autocuidado</p>	<p>Autocuidado de higiene comprometido</p>	<ul style="list-style-type: none"> Assegurar o banho doente; Secar a pele; Assegurar cuidados de higiene perineal; 	<p>Diário/ SOS</p> <p>SOS</p>	<p>Higiene pessoal presente.</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Assegurar cuidados de higiene oral; 	1x Turno	
Autocuidado	Autocuidado alimentar-se comprometido	<ul style="list-style-type: none"> • Administrar nutrição entérica segundo prescrição médica; • Vigiar tolerância alimentar; • Vigiar vômito; • Elevar cabeceira a 30°; • Garantir prevenção da úlcera gástrica através da administração de terapêutica; 	Contínuo 6/6 horas Sem horário 1x/dia	Manutenção das necessidades nutricionais.
Cuidados aos olhos	Cuidados aos olhos comprometido	<ul style="list-style-type: none"> • Vigiar hidratação dos olhos; • Vigiar sinais de irritação dos olhos; 	1 vez turno	Manter olhos hidratados.

		<ul style="list-style-type: none">• Vigiar sinais de infecção dos olhos;• Lavar os olhos com soro fisiológico;• Aplicar hidratante ocular quando a pálpebra não protege o olho;• Vigiar posição da pálpebra.		
		<ul style="list-style-type: none">• Garantir família que o cliente está a receber os melhores cuidados possíveis;• Avaliar a reação emocional	Sem horário	

Apoio da família	Família com conhecimento comprometido, medo, ansiedade, tristeza e angústia.	<p>da família à condição do cliente;</p> <ul style="list-style-type: none">• Reavaliar a carga psicológica do prognóstico sobre a família;• Perceber preocupações, sentimentos e perguntas da família;• Facilitar a comunicação de preocupações/sentimentos da família;• Promover a relação de confiança com a família;• Aceitar os valores da família sem julgamentos;• Responder às perguntas da família ou ajudá-los a	Sem horário	Apoio à família consistentemente demonstrado
------------------	--	--	-------------	--

		<p>obter as respostas;</p> <ul style="list-style-type: none">• Identificar a natureza do apoio espiritual para a família;• Identificar a coerência entre expectativas da família e dos profissionais de saúde;• Respeitar e apoiar os mecanismos de adaptação à doença do cliente;• Orientar família para a realidade do estado clínico do doente.		
--	--	---	--	--

7. Conclusão

A elaboração deste estudo de caso foi de extrema importância para a minha formação de enfermeira especialista, uma vez que através do estudo sobre este caso em particular, pude desenvolver consciência crítica sobre a autonomia do enfermeiro nas ações interdisciplinares e até onde deverão ir os limites da sua responsabilidades em casos como os que aqui apresento.

Assim, considero que a interdependência estimula e desafia as opiniões individuais, guia e aumenta a iniciativa e pede responsabilidade e o dever individual, atributos fortemente associados com a autonomia profissional em enfermagem (RIBEIRO 1999). Deste modo, aproveitando o caso sobre o qual aqui me debruço, considero urgente da padronização através da elaboração de um protocolo deste procedimento para que assim, não existam dúvidas sobre as atitudes tomadas aquando o aparecimento de complicações associadas ao risco deste tipo de intervenção.

Considerando que a minha análise partiu após ter decidido realizar um estudo de caso, penso que o mesmo teve grande valor na minha formação enquanto profissional de saúde, mesmo na formação pós graduada.

Os conhecimentos adquiridos ajudaram-me a melhorar a minha prática de enfermagem, pois permitiu-me delimitar os focos da atenção dos enfermeiros, bem como os juízos de diagnóstico e o processo de tomada de decisão. A prática da enfermagem baseada na evidência promove a prática de uma enfermagem avançada.

Já no que respeita aos diagnósticos e intervenções formulados é primordial que se desenvolva uma avaliação aferida das estratégias usadas, constituindo-se como um processo a desenvolver e que se elege importante para a implementação de novas estratégias, se as levadas a cabo até então, não se revelarem eficazes. A reformulação sistemática do processo de cuidados assume-se como a forma de garantir que a pessoa/família consegue obter ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

As intervenções de enfermagem constituem assim o suporte de todo o processo de enfermagem, isto é, centram-se na concretização lógica de todo o processo racional e sistemático de assistência, transferindo para o campo clínico o pensamento, o planeamento e a definição da estratégia terapêutica

8. Referências Bibliográficas

- COSTA, R. et al (1998) - **Extração de eletrodo de marcapasso endocárdico permanente pela aplicação de radiofrequência**. Rev Bras Cir Cardiovasc vol. 13 n. 2 São Paulo Apr./June 1998 Consultado Outubro de 2014].Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-76381998000200012&script=sci_arttext
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (2010) – “Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem” – Versão 2, 2010, Genebra:
- LOPES, M; et al. (1997) - **Marcapasso Cardíaco Provisório**. Revista Latino Americana de Marcapasso e arritmia. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. ISSN 0104 -8317, pag.76-84 [Consultado Outubro de 2014]. Disponível em http://www.relampa.org.br/detalhe_artigo.asp?id=404
- MAHON et al. (2012) **Tamponade After Removal of Temporary Pacer Wires**. American Association of Critical-Care Nurses 2012;21:432-440 [Consultado Outubro de 2014]. Disponível em http://www.relampa.org.br/detalhe_artigo.asp?id=404http://ajcc.aacnjournal.s.org/cgi/external_ref?link_type=PERMISSIONDIRECT

- MCGEE, P. (2009) - **Advanced Practice in Nursing and the Allied Health Professions**. 3ª edição. Wiley Black, 2009 [Consultado Outubro de 2014]. Disponível em [URL:ooks.google.pt/books?id=4M2nCJCLdfYC&pg=PA132&lpg=PA132&dq=JACOBSON;+GERITY,+2005\).&source=bl&ots=1Sj3mkDufm&sig=zJjv1bUyH782lCh_pRzuActvK2g&hl=ptPT&sa=X&ei=WJcxVKuOEqLg7Qam_4ClDw&ved=0CCIQ6AEwAA#v=onepage&q=JACOBSON%3B%20GERITY%202005\).&f=false](https://books.google.pt/books?id=4M2nCJCLdfYC&pg=PA132&lpg=PA132&dq=JACOBSON%20GERITY%202005.&source=bl&ots=1Sj3mkDufm&sig=zJjv1bUyH782lCh_pRzuActvK2g&hl=ptPT&sa=X&ei=WJcxVKuOEqLg7Qam_4ClDw&ved=0CCIQ6AEwAA#v=onepage&q=JACOBSON%3B%20GERITY%202005).&f=false)
- RIBEIRO, J. (2009) – **Autonomia Profissional dos Enfermeiros**. Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre em Ciências de Enfermagem Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Universidade do Porto. Consultado Outubro de 2014]. Disponível em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20083/2/AUTONOMIA%20PROFISSIONAL%20DOS%20ENFERMEIROS%20%20JORGE%20RIBEIRO.pdf>
- SCORZONI, A; et al (2007) **Cabos-eletrodos epimiocárdicos**. Revista Latino Americana de Marcapasso e arritmia. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. 2010 [Consultado Outubro de 2014]. Disponível em http://www.relampa.org.br/detalhe_artigo.asp?id=728

- WIEGAND, L. (2011)- **AACN Procedure Manual for Critical Care**. 6ª Edição, 2011 [Consultado Outubro de 2014]. Disponível em http://books.google.pt/books?id=fhYoKc0bg-QC&pg=PA465&lpg=PA465&dq=american+association+of+critical+care+nurses+procedure+manual+for+critical+pacemaker+care+wire+removal&source=bl&ots=CMDIDWV7hK&sig=CSlnk7Q_dNAQXzh8yG6ik16L5gM&hl=pt-PT&sa=X&ei=_UAwVITOB0HN7Qa_zYCIaw&ved=0CCwQ6AEwAQ#v=onepage&q=american%20association%20of%20critical%20care%20nurses%20procedure%20manual%20fo